T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

MALİYE ANABİLİM DALI

MALİYE TEORİSİ BİLİM DALI

KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ SAĞLIK KRİZİYLE MÜCADELE KAPASİTESİNİ VE STRATEJİLERİ BAKIMINDAN ÖNEMİ: OECD ÜLKELERİ ANALİZİ

Doktora Tezi

ARZU ERDOĞAN

İstanbul, 2024

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

MALİYE ANABİLİM DALI

MALİYE TEORİSİ BİLİM DALI

KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ SAĞLIK KRİZİYLE MÜCADELE KAPASİTESİNİ VE STRATEJİLERİ BAKIMINDAN ÖNEMİ: OECD ÜLKELERİ ANALİZİ

Doktora Tezi

Arzu ERDOĞAN

Tez Savunma Jürisi

1. Tez Danışmanı : Prof. Dr. Gülay AKGÜL YILMAZ
2. Üye : Prof. Dr. Ayşe GÜNER
3. Üye : Prof. Dr. İ. Esen YILDIRIM
4. Üye : Prof. Dr. Nazan SUSAM
5. Üye : Prof. Dr. Nagihan OKTAYER IŞIKLAR

İstanbul,2024

ÖZET

KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ SAĞLIK KRİZİYLE MÜCADELE KAPASİTESİNİ VE STRATEJİLERİ BAKIMINDAN ÖNEMİ: OECD ÜLKELERİ ANALİZİ

COVID-19 virüsünün neden olduğu son yüzyılın en büyük salgını sağlık harcamalarındaki gelişmelerin önemini bir kez daha göstermiştir. Ayrıca bu salgın, ülkelerin kamu sağlık harcamalarının pandemi karşısındaki mücadele kapasitesini de sorgulamıştır. Ülkelerin önceliği hastalığın yayılımını önlemek olduğu için alınan kamusal tedbirlerin sıkı bir şekilde uygulanmasına önem verilmiştir. Ülkelerin sergilemiş olduğu performans gelişmiş ya da gelişmekte olan ülke ayrımına bakmadan farklı sonuçlarla kendini göstermiştir.

Bu araştırmanın amacı 38 OECD ülkesinin COVID-19 virüsüne bağlı meydana gelen salgın hastalık ile mücadele etme performansını yansıtacak değişkenler üzerinden sınıflandırarak ülkelerin pandemiye karşı performanslarının analiz edilmesidir. Kısaca söz konusu ülkelerin kamu sağlık harcamaları ve sosyo-ekonomik göstergelerinden hareketle sağlık krizi ile mücadele etme potansiyeline sahip olup olmadıklarını ve farklı potansiyeldeki ülkelerin de bu krizi yönetmek için izledikleri stratejileri belirlemek amacıyla kümeleme analizi kullanılmıştır.

Çalışmada beş farklı endeks verileri ve kamu sağlık harcamalarına ilişkin değişkenlerin hiyerarşik kümeleme analizi ile küme sayısının belirlenmesinden sonra, hiyerarşik olmayan kümeleme analizi yöntemlerinden k-ortalama tekniği ile analiz edilmiştir. Hiyerarşik kümeleme yönteminin Ward tekniği ile 38 OECD ülkesi optimum dört küme grubuna ayrılmıştır. K-ortalama tekniğinin kullanılma nedeni analizde kullanılan değişkenlerin çalışma için anlamlılık durumlarının görülebilmesidir. Kullanılan değişkenlerin çalışma için anlamlı olduğu görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre: birinci küme kamu sağlık harcamalarının sağlık krizi ile mücadelede kapasitesinin iyi, salgın stratejileri açısından da en iyi performansa sahip ülke grubu olduğu görülmüştür. İkinci küme ise kamu sağlık harcamalarının sağlık krizi ile mücadelede kapasitesinin çok iyi olmadığı ancak salgın stratejileri açısından da iyi bir performans düzeyine sahip ülke grubu olduğu görülmüştür. Üçüncü kümede ise kamu sağlık harcamalarının sağlık krizi ile mücadelede kapasitesinin iyi olduğu ancak salgın stratejileri açısından da orta düzeyde bir performansa sahip ülke grubu olduğu görülmüştür. Dördüncü küme ise hem kamu sağlık harcamalarının sağlık krizi ile mücadelede kapasitesinin hem de salgın stratejileri açısından en düşük düzeyde bir performansa sahip ülke grubu olduğu sonucu elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Kamu Sağlık Harcamaları, COVID-19 Pandemi ve Kümeleme Analizi

ABSTRACT

THE IMPORTANCE OF PUBLIC HEALTH EXPENDITURES IN TERMS OF THE CAPACITY AND STRATEGIES TO FIGHT THE HEALTH CRISIS: ANALYSIS OF OECD COUNTRIES

The COVID-19 pandemic, the most significant outbreak of the last century, has once again underscored the importance of advancements in health expenditures. Furthermore, this pandemic has prompted scrutiny of countries' capacities to combat such crises through public health expenditures. Given that the primary goal of nations was to prevent the spread of the disease, strict enforcement of public measures was emphasized. The performance exhibited by countries, regardless of whether they were developed or developing, manifested in varied outcomes.

The aim of this research is to analyze the performance of 38 OECD countries in combating the pandemic caused by the COVID-19 virus by classifying them based on variables that reflect their response. Specifically, using public health expenditures and socio-economic indicators, cluster analysis was employed to determine whether these countries had the potential to cope with the health crisis and to identify the strategies pursued by countries with different levels of potential.

In the study, after determining the number of clusters through hierarchical cluster analysis using five different index data and variables related to public health expenditures, the analysis was conducted using the k-means technique, one of the non-hierarchical clustering methods. Using Ward's method within the hierarchical clustering approach, 38 OECD countries were optimally divided into four cluster groups. The reason for employing the k-means technique was to observe the significance of the variables used in the analysis for the study. It was found that the variables used were significant for the study. According to the analysis results: the first cluster comprised countries with good public health expenditure capacities and the best performance in pandemic strategies. The second cluster included countries whose public health expenditure capacities were not very strong but had good performance levels in pandemic strategies. The third cluster consisted of countries with good public health expenditure capacities but moderate performance levels in pandemic strategies. The fourth cluster represented countries with the lowest performance levels in both public health expenditure capacities and pandemic strategies.

Keywords: Health, Public Health Expenditures, COVID-19 Pandemic and Cluster Analysis

ÖNSÖZ

İnsan hayatının iyi, kaliteli ve yüksek hayat standartlı bir yaşam sürdürmesinin en temel ihtiyaçlarından birisi sağlıktır. Söz konusu olan sağlıklı yaşamın finansmanı da gerek bireyler, gerekse devletlerin sosyal devlet statüsü açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın hazırlanmasına yardımcı olan, doktora tez çalışma süreci boyunca hiçbir zaman manevi desteklerini benden esirgemeyen, kendisinden çok şey öğrenmeyi umut ettiğim çok değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Gülay AKGÜL YILMAZ'a çok teşekkür ederim. Tezimin istatistik analiz bölümünde yapmış olduğu özverili destekleri ile bana ileri ki akademik hayatta da yararlanabileceğim bilgileri aktaran Sayın Prof. Dr. İ. Esen YILDIRIM'a çok teşekkür ederim. Eleştirileriyle ve katkılarıyla çalışmaya değer katan ve kendilerinden çok şey öğrendiğim Sayın Prof. Dr. Ayşe GÜNER'e çok teşekkür ederim. Tez savunma sınav jüri üyesi hocalarım Sayın Prof. Dr. Nazan SUSAM ve Prof. Dr. Nagihan OKTAYER IŞIKLAR' a teşekkürlerimi sunarım.

Desteklerinden dolayı Doç. Dr. Salih Koralp GÜREŞİR hocama, doktora eğitim süreci boyunca beni motive eden ve desteklerini esirgemeyen arkadaşım Arş. Gör. Merve BEYDEMİR'e teşekkür ederim. Bana manevi ve maddi yönden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen annem Necla ALKAN, Rahmetli Babam Osman ALKAN ve kız kardeşim Aslı KÖKLÜ, eşim Dr. Öğr. Üyesi Serdar ERDOĞAN'a ve canım oğlum Deniz Emre ERDOĞAN'a teşekkürü bir borç bilirim.

Arzu ERDOĞAN

İstanbul,2024

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **İİİ**
ABSTRACT ..... **İV**
ÖNSÖZ ..... **V**
İÇİNDEKİLER ..... **Vİ**
KISALTMALAR ..... **İX**
TABLO LİSTESİ ..... **X**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **Xİ**
GRAFİK LİSTESİ ..... **Xİİ**
GİRİŞ **1**

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK EKONOMİSİ VE PİYASA AKSAKLIKLARI

1.1. Sağlık Kavramı 4
1.2.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı, Kapsamı ve Amacı 5
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri 8
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 8
1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmeti 8
1.4.1.1. Kişiye Yönelik Koruyucu Hizmetler 9
1.4.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler 9
1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmeti 10
1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri 11
1.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri 12
1.5. Sağlık Ekonomisi Kavram ve Önemi 12
1.6. Sağlık Ekonomisinde Piyasa Başarısızlıkları 17
1.6.1. Kamusallık Özelliği 18
1.6.2. Dışsallık 21
1.6.3. Asimetrik Bilgi Problemi 25
1.6.4. Belirsizlik Altında Seçim 29
1.6.5. Arz ve Talebin Önceden Belirlenememesi 30
1.7. Sağlık Hizmetlerinde Finansmanın Kapsamı 30
1.8. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Yöntemleri 32
1.8.1. Doğrudan Finansman Yöntemi 32
1.8.2. Dolaylı Finansman Yöntemi 33
1.9. Sağlık Hizmetleri Finansmanın Fonksiyonları 35
1.10. Sağlık Hizmetleri Finansman Modelleri 36
1.10.1. Kamu Finansmanına Dayalı Finansman Modelleri 37

1.10.1.1. Beveridge Modeli (Vergiye Dayalı Finansman Modeli) 37
1.10.1.2. Bismarck Modeli (Sosyal Sağlık Sigortası Modeli) 39
1.10.2. Piyasa Ekonomisi Kaynaklı Finansman Modelleri 40
1.10.2.1. Ulusal Sağlık Sigortası Modeli 40
1.10.2.2. Özel Sağlık Sigortası 41
1.10.2.3. Cepten Ödeme Modeli 43
1.10.2.4. Diğer Modeller 44

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARI, SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ SEYRİ

2.1. Sağlık Harcamaları Kavramı, Kapsamı ve Önemi 50
2.2. Katastrofik ve Yoksullaştırıcı Sağlık Harcamaları 52
2.3. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler 53
2.3.1. Gelir Düzeyi 54
2.3.2. Nüfusun Yaş Yapısı 55
2.3.3. Yaşam Süresinin Uzaması 58
2.3.4. Teknolojik Gelişme 61
2.3.5. Sağlık Sistemi Özellikleri 62
2.3.6. Epidemiyolojik İhtiyaçlar 62
2.3.7. Baumol Etkisi 63
2.3.8. Eğitim Düzeyi 63
2.3.9. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi 64
2.3.10. Kentleşme 64
2.4. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Genel Görünümü 65
2.4.1. Toplam Sağlık Harcamalarının Gelişimi 67
2.4.2. Satın Alma Gücü Paritesine Göre Toplam Sağlık Harcamalarının Gelişimi 72
2.4.3. Finansman Planlarına Göre Sağlık Harcamaları Gelişimi 74
2.4.4. Kişi Başına Sağlık Harcamaları Gelişimi 79
2.4.5. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamalarının Gelişimi 86

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TARİHSEL SÜREÇTE YAŞANAN PANDEMİLER VE COVID-19 PANDEMİSİ, SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

3.1.Tarihte Yaşanan Pandemiler ve Ekonomik-Sosyal Etkileri 89
3.1.2. Birinci (Justinian) Veba Salgını (541-544) 90
3.1.3. Kara Veba (Büyük Veba Salgını) (1347-1351) 91
3.1.4. Üçüncü Veba (1855) 94
3.1.5. Kolera Pandemileri 1-7 (1817-1923) 95
3.1.6. Grip Pandemileri 97

3.2. COVID-19 Pandemisinin Gelişimi ve Sağlık Üzerindeki Etkisi 98
3.3. COVID-19 Pandemesinde Demografik Özellikler 105
3.4. COVID-19 Pandemisinde Aşılama 106
3.5. COVID-19 Kapsamında Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinin Aldığı Önlemler 109
3.5.1. Almanya 111
3.5.2. İtalya 112
3.5.3. Fransa 113
3.5.4. Meksika 114
3.5.5. Kosta Rika 115
3.5.6. İspanya 116
3.5.7. Yunanistan 117
3.5.8. Türkiye 118

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ SAĞLIK KRİZİYLE MÜCADELE KAPASİTESİ VE STRATEJİLERİ BAKIMINDAN ÖNEMİ: OECD ÜLKELERİ ANALİZİ

4.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı 119
4.2. Araştırmanın Literatür İncelemesi 120
4.3. Araştırmada Kullanılan Değişkenler 124
4.4. Araştırma Yöntem ve Bulguları 126
4.4.1. Kümeleme Analizi Yöntemi 126
4.4.1.1. Hiyerarşik Kümeleme Yöntemleri 127
4.4.1.2. Hiyerarşik Olmayan Kümeleme Yöntemi 128
4.5. Kümeleme Analizi Bulguları 129
4.6. OECD Ülkelerinin COVID-19 Pandemisiyle Mücadele Başarısı……..…..135
4.6.1. COVID-19 Pandemisinde Ülkelerin Vaka ve Ölüm Sayılarına Göre Değerlendirilmesi 135
SONUÇ……139
KAYNAKÇA……...145

KISALTMALAR

OECD	Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)
WB	Dünya Bankası (World Bank)
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UHC	Evrensel Sağlık Teminatı (Universal Health Coverage)
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
GSYH	Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SHS	Sağlık Hesapları Sistemi
SGAP	Satın Alma Gücü Paritesi
NHS	Birleşik Krallık Sağlık Hizmeti (National Health Services)
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
GSH	Global Health Security Index (Küresel Sağlık Güvenlik Endeksi)

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Asimetrik Bilgi ile İlişkiler 25
Tablo 2: Sağlık Hizmetleri Bilgi Problemi, Sağlık Piyasasına Etkileri ve Politikaları 28
Tablo 3: Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Finansman Modelleri 37
Tablo 4: OECD Ülkeleri Finansman Modelleri ve Finansman Kaynakları.....46
Tablo 5: OECD Ülkelerinde Toplam Nüfusun İçinde Yaşlı Nüfus Oranı.....56
Tablo 6: OECD Ülkelerinde Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (2010 – 2021).....59
Tablo 7: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%) 68
Tablo 8: Satın Alma Gücü Paritesine Göre Toplam Sağlık Harcaması (Milyon $).....73
Tablo 9: Finansman Planına Göre Sağlık Harcamaları 74
Tablo 10: Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması (ABD Doları Cinsinden) 84
Tablo 11: Kişi Başına Düşen Özel Sağlık Harcaması (ABD Doları Cinsinden) 85
Tablo 12: Avrupa Şehirlerinde Vebadan Ölümler.....92
Tablo 13: Grip Pandemileri.....97
Tablo 14: COVID-19 Sonuçlarına İlişkin Ülke Kontrol Paneli, 2020 ve 2021 101
Tablo 15: COVID-19 Pandemisi OECD Ülkelerine Ait Aşılama Durumu 107
Tablo 16: K-ortalama Kümeleme Analizi ANOVA Sonuçları 130
Tablo 17: K-Ortalama Kümeleme Analizine Göre OECD Ülkelerinin Küme Üyelikleri ve Uzaklıkları.....131
Tablo 18: OECD Ülkelerinin Küme Sonuçları 132
Tablo 19: Son Küme Merkezleri 133
Tablo 20: Son Küme Merkezleri Arasındaki Uzaklık 135
Tablo 21: OECD Ülkeleri COVID-19 Vaka ve Ölüm Sayıları.....136

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Üçgeni 7
Şekil 2: Birinci Basmak, İkinci Basamak ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri 11
Şekil 3: Sağlık Ekonomisinin İşleyişi 15
Şekil 4: Sağlık Ekonomisi Sistemi ve İşleyişi 17
Şekil 5: Kamu- Özel Mal Sürekliliği 20
Şekil 6: Doğrudan Finansman Yönteminin (İkili Değişim Modeli) İşleyişi 32
Şekil 7: Doğrudan Finansman Yöntemi(Üçlü Değişim Modeli) İşleyişi 33
Şekil 8: Dolaylı Finanasman Yönetiminin (Çoklu-Karmaşık Yönetim) İşleyişi 34
Şekil 9: Finansman Kaynakları, Katkı Mekanizmaları ve Tahsilat Aracıları 36
Şekil 10: Özel Sigortalar Yardımıyla Yapılan Harcamaların Hastalara Ödenmesi 42
Şekil 11: Diğer Finansman Modelleri ile Tıbbi Tasarruflar Hesabının Gösterimi.....45
Şekil 12: Pandemi Sırasında ve Sonrasında Şematik Politika Aşamaları 110
Şekil 13: Ward Yöntemi Kullanılarak Oluşturulan Ağaç Diyagramı (Dendogram) 129

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Pozitif Dışsallığa Bir Örnek: Kızamık Aşısı.....23
Grafik 2: Negatif Dışsallığa Bir Örnek: Sigara Kullanımı 24
Grafik 3: Ahlaki Tehlike.....27
Grafik 4: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%).....67
Grafik 5: Kişi Başına Sağlık Harcamalarında ve GSYH'de Yıllık Reel Büyüme.....71
Grafik 6: Seçili OECD Ülkelerin Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payının 1990-2021 Arasındaki Değişimi 72
Grafik 7: Finansman Türüne Göre Kişi Başına Sağlık Harcamalarında Ortalama Yıllık Büyüme 77
Grafik 8: Kamu Kaynaklarından Yapılan Sağlık Harcamalarının, Toplam Devlet Harcamaları İçindeki Payı 78
Grafik 9: Satın Alma Gücü Paritesine Göre Kişi Başına Sağlık Harcamaları.....79
Grafik 10: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması Düzeyleri ve Sağlık Statüsü Göstergeleri ..80
Grafik 11: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamalarının Reel Olarak Yıllık Büyüme Oranı.....81
Grafik 12: Kişi Başına Sağlık Harcamalarının Reel Olarak Yıllık Büyüme Oranı 82
Grafik 13: Seçilen Hizmetlerde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamalarındaki Ortalama Yıllık Büyüme.....83
Grafik 14: Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları 87

GİRİŞ

Sağlık, bireyin fiziksel olarak iyi olmasının yanında ruhsal açıdan da iyi olma hali olarak tanımlanmaktadır. Her birey için sağlık, doğal bir hakdır. İyi bir yaşama sahip olmanın faktörleri arasında sağlık yer almaktadır. Bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterli ve etkin bir düzeyde yararlanması bireysel faydanın yanı sıra toplumsal faydayı da sağlamış olacaktır. Bunun için sağlıklı bireylerin oluşturduğu toplumlar ile sağlıklı gelecek nesiller ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren önemli göstergelerdir. Sağlık hizmetlerinin yeterli ve etkin bir şekilde sunulması beşeri sermayenin gelişmesini sağlarken toplumsal refahın artmasında da önemli rol oynayacaktır. Sağlık hizmetleri yarı kamusal mal ve hizmet olma özelliği nedeniyle devletlerin öncelikle yerine getirmek zorunda oldukları hizmetler arasında yer almaktadır. Özellikle devlet müdahalesi ve düzenlemesi, piyasa başarısızlığının ortaya çıkardığı olumsuzlukları gidermede önemli rol oynamaktadır. Genel sağlık hizmetleri toplum sağlığı için gerekli koruyucu sağlık hizmetini ifade etmektedir. Genel sağlık hizmetinin devlet tarafından sunulması, özelikle bulaşıcı hastalıklara karşı etkili önlemlerin alınması, hastalıklar hakkında toplumun bilgilendirilmesi ve erken tanı gerektiren hastalıklar için taramaların yapılması devletin temel sağlık hizmeti görevleri arasında yer almaktdır. Kamu sağlık harcamalarının verimli ve israfa yol açmayacak şekilde kullanılması sağlık çıktılarını da olumlu yönde etkileyecektir. Özellikle ülkelerin toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının büyüklüğü, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olmasına ve halk sağlığının korunmasına yardımcı olacaktır. Ayrıca ülkelerin sağlık politikaları ve sürdürülebilir kalkınma hedefleri doğrultusunda acil sağlık sorunlarının çözümünde kamu sağlık harcamalarının etkinliğinin önemi büyük olacaktır.

Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların ülkeden ülkeye değişmesi sağlık çıktılarının farklı olmasına neden olmaktadır. Ayrılan kaynağın fazla olması sağlık çıktılarının her zaman iyi sonuç vereceği anlamına gelmemektedir. Buradaki amaç toplumdaki her bireye kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmeti sunulup sunulmadığıdır. Bunun için kaynakların etkin ve verimli kullanılmasının önemli olduğu bilinmektedir. Sağlık harcamaları, sağlık sistemlerine ilişkin kaynak tahsisinin çeşitli yönlerini kapsamaktadır. Sağlık harcamalarında hem ulusal hem de uluslararası seviyede artış yaşanması, son yıllarda bu konuda yapılan çalışmaların sayısını artırmıştır. Sağlık harcamalarındaki artış sağlık hizmetlerinin gelişimini, kolay erişilebilir sağlık hizmeti sunumunu, tıp alanındaki teknolojik gelişmeleri ve kaliteli bir yaşam konusunda destekler bir etkide bulunması ülke gelişimi açısından önemlidir. Bunun için sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin karmaşık etkileşimini vurgulayarak, gelecekteki sağlık harcamalarındaki büyümenin yönetilmesi ve kontrol altına alınması için bilinçli politikalara ihtiyacın önemi vurgulanmaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan zorlukların yanı sıra beklenmedik olağanüstü durumların ortaya çıkma ihtimali gözardı edilmemelidir.

Ülkelerin mevcut sağlık politikalarının yanı sıra küresel çapta karşılaşılacak sağlık sorunlarına yönelik politikalarının da olmasının gerekliliği görülmektedir.

Küresel bir krize neden olan COVID-19 salgını 2019 Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde ilk vakalarla meydana gelmiştir. Salgının yayılımının hızlı olması sebebi ile Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 30 Ocak 2020'de uluslararası halk sağlığı acil durumu ve 11 Mart 2020'de pandemi olarak ilan etmiştir. COVID-19 virüsüne bağlı olarak ortaya çıkan salgının sonucunda ülkeler öncelikle sağlık alanında bir kriz ile daha sonra sosyo-ekonomik alanda krizle mücadele etmenin yollarını aramışlardır. Ülkeler oluşan olumsuzlukların hızla giderilmesi için çokça çaba sarf etmişlerdir. Her ülkede pandemi ile büyük bir sınav veren sağlık sistemleri olmuştur. Salgının oluşturduğu krizin yönetilmesi için her ülke kendi kapasitesi doğrultusunda kriz yönetim stratejisi belirlemiştir. Ülkelerin sağlık sistemleri ve kamunun sağlık alanındaki büyüklüğü hastalığın kontrol altına alınmasında önemli bir rol oynamıştır. Öncelikle ülkeler, hastalığın yayılım hızının azaltılması ve kontrol altına alınması için çaba harcamışlardır. Bunu iki yönlü bir yöntem ile gerçekleştirmişlerdir. Bunlardan ilki; ilaç dışında yapılan müdahaleler, sokağa çıkma yasakları, iş yerlerinin kapatılması, sosyal mesafe uygulamaları, eğitim ile birlikte birçok alanda uzaktan erişimler ile işlerin yürütülmesi şeklindedir. Diğeri ise salgının tamamen kontrol altına alınmasını sağlayacak olan aşılama yöntemidir. Her hastalıkta olduğu gibi salgında da halk sağlığı için gerekli olan bağışıklığın sağlanması amacıyla ülkeler aşı çalışmalarına başlamıştır. Bunların hepsindeki amaç hastalığın bulaşmasını önleme, hastalıktan korunma ve hastalığın kontrol altına alınmasına yönelik yapılan uygulamalardır. Salgının en yoğun zamanında yüksek ölüm rakamlarının oluşmasının önüne geçmek amacıyla uygulanan yasaklar ülkeler için bir çare olamamıştır. Bu ülkelerin farklı demografik yapılara sahip olması, kültürel alışkanlıklar, sağlık sistemlerinin yapısı ve kamunun sağlık harcamalarına ayırdıkları pay gibi birçok faktör vaka ve ölüm sayılarını etkilemiştir. Aynı zamanda ülkelerin sağlık sistemlerinin performansı sınanmıştır. Ülkeler tek başlarına uyguladıkları politikaların yeterli olmadığını, küresel bazda hareket edilmesi gerekliliğinin önemini de görmüşlerdir.

COVID-19 virüsüne bağlı ortaya çıkan küresel salgın sağlık çıktılarının etkinliğinin azalmasına neden olmuştur. Özellikle sağlık alanında yaşanan personel ölümleri ile tıbbi malzeme sıkıntısı gibi durumlar küresel bir salgına tam hazırlıklı olunmadığını göstermiştir. COVID-19 virüsünün neden olduğu pandemi, sağlık sistemleri ve sağlık harcamaları açısından zorluklar sunan karmaşık bir küresel halk sağlığı krizidir. Tüm dünya ülkelerini etkileyen bu krizin yönetilmesi ve izlenmesi için uygun politika araçların kullanılması önem arz etmektedir. Özellikle sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin pandemi açısından dikkate alınması, artan harcamalarının sürdürülebilir olması için dikkate edilmesi gereken bir konudur.

OECD ülkelerin öncelikle COVID-19 virüsüne bağlı meydana gelen salgın hastalık ile mücadele etme performansını yansıtacak değişkenler üzerinden sınıflandırarak ülkelerin pandemiye

karşı izledikleri sağlık politikalarının analiz edilmesi bu çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Gelişmiş ya da gelişmekte olan OECD ülkelerinin sağlık krizini yönetme kapasitesi ve buna bağlı stratejilere yönelik hedeflerinin tahmin edilenden farklı olup olmadığı irdelenmeye çalışılacaktır. İlgili ülkelerin kamu sağlık harcamaları ve sosyo-ekonomik göstergelerinden hareketle sağlık krizi ile mücadele etme potansiyeline sahip olup olmadıklarını ve farklı potansiyeldeki ülkelerin de bu krizi yönetmek için izledikleri stratejileri belirlemek için ampirik bir analiz kullanılması amaçlanmıştır.

Çalışmanın ilk bölümünde sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri tanımlanmış, her ikisinin de özellikleri ve sınıflandırılması ortaya konulmuştur. Daha sonra sağlık ekonomisi kavramı ile sağlık ekonomisindeki piyasa başarısızlıkları teorik açıdan incelenmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanın kapsamını, yöntemini ve modelleri hakkında teorik bilgiler sunulmuştur.

İkinci bölümde sağlık harcamalarının kavramsal alanı teorik olarak incelenmiştir. Sağlık sistemlerinin verimliliğinin korunması için incelenen konulardan biri de katastrofik ve yoksullaştırıcı sağlık harcamalarıdır. Literatürde yer aldığı şekliyle sağlık harcamalarını etkileyen faktörler teorik olarak incelenmiştir. Ayrıca OECD ülkelerinin yıllar içinde sağlık harcamalarının seyri incelenmiştir.

Üçüncü bölümde ise geçmişten günümüze kadar yaşanan pandemiler incelenmiş, son yüzyılın salgını olan COVID-19 virüsünün neden olduğu pandeminin seyri, alınan önlemler ve sağlığa olan etkisi incelenmiştir.

Dördüncü bölümde ise COVID-19 pandemisinin neden olduğu sağlık krizi ile ülkelerin bununla mücadele etme potansiyelinin incelenmesi amaçlanmıştır. Öncelikle hem COVID-19 virüsü nedeniyle oluşan sağlık krizini hem de sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri değişkenleri ile ülkelerin benzerlik ve farklılıklarını inceleyen ampirik literatür incelenmiştir. OECD ülkeleri dikkate alınarak, COVID-19 pandemisinin neden olduğu sağlık krizi ile mücadele etme potansiyeli, sosyo-ekonomik ve COVID-19 önlemlerini içeren endeksler ile kamu sağlık harcamalarına ait verilerin kullanıldığı hiyerarşik kümeleme ve hiyerarşik olmayan kümeleme yöntemleri ile ampirik analiz gerçekleştirilmiştir. Sonrasında OECD ülkelerinin kamu sağlık harcamalarına ilişkin değişkenler ile COVID-19 salgınına ait vaka ve ölüm sayıları karşılaştırmalı bir şekilde ele alınmıştır. Son kısmında ise elde edilen analiz sonuçları ışığında, ülkelerin uyguladıkları strateji ve politikaların söz konusu kriz üzerindeki etkileri tartışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK EKONOMİSİ VE PİYASA AKSAKLIKLARI

İnsanoğlunun yaşamı boyunca doğal ihtiyaçlarından biri de sağlıktır. Bireylerin sağlıklı olma hali, sadece mevcut zaman için geçerli olan bir durum değildir. Gelecekte de devam edecek şekilde planlanıp programlanması gerekir. Çünkü sağlıklı bir yaşam sürdürmek her bireyin doğal hakkıdır. Bireyin hangi statüde oluğu, hangi kültürde ya da hangi toplumda yaşadığı fark etmeyecektir. Yaşamını sağlıklı bir şekilde devam ettiren her birey mutlu ve verimli olacaktır. Bu sayede, hem ekonomik hem de sosyal açıdan önemli etkileri ortaya çıkaracaktır. Bu bölümde sağlık konusu teorik açıdan ele alınarak sağlık kavramının tanımı, sağlık hizmeti ve sağlık hizmetinin sınıflandırılması, sağlık ekonomisinin teorik çerçevesi konuları incelenecektir.

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, bireyin yaşamı boyunca fiziksel acı çekmemesi ya da iyi olma durumudur. Sağlık, insanoğlunun her durumda en temel ihtiyaçlarından biridir. Sağlık kavramı, bundan dolayı kişiden kişiye değişen bir tanımlama oluştursa da kısaca iyi olma halidir. Aynı zamanda sağlık konusu birçok alanı etkilemektedir. Özellikle ekonomik ve sosyal faaliyetlerin devamlılığı açısından birey için önemlidir.

Literatürde sağlığın farklı tanımlamaları yer almaktadır. Söz konusu tanımlar içerisinde, Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization) tanımı en kabul görenidir. 1948 yılında kabul edilen Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık: "*Sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.*" (Callahan 1973: 84). Bu tanımda, fiziksel yönden iyilik halinin yeterli olmadığını, aynı zamanda ruhsal ve zihinsel yönden de iyilik halinin gerekliliği vurgulanmaktadır (Çelikay, Gümüş 2010:179). Söz konusu tanımda yer alan sosyal açıdan tam iyilik hali bireylerin hayatını devam ettirdiği ekonomik ortam ve çevre şartlarının iyileştirilmesi aynı zamanda bu durumun sürekliliğinin sağlanmasının önemini vurgulamaktadır. Çünkü bireylerin sosyal refahının iyileştirilmesi, ortaya çıkan ya da çıkma olasılığı olan sağlık sorunlarının daha kolay çözümlenmesini ifade etmektedir (Şener 2001:368).

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un 2. maddesinde bulunan sağlık tanımı şu şekilde yapılmıştır: "*Yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp, bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.*" (Resmi Gazete 1961: Madde 2). Ayrıca sağlık kavramının devlet tarafından güvence altına alınması gerekliliği şu şekilde ifade edilmektedir: "*Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri*

alır." (Resmi Gazete 1961: Madde-49). Sağlık, hem fiziksel ve ruhsal açıdan hem de sağlığı etkileyen dış faktörlerin (yoksulluk, işsizlik, çevre kirliliği ve sağlık hizmetlerine ulaşamama gibi) varlığını işaret etmektedir.

Fuchs (1994: 20) sağlık kavramını şu ifadelerle tanımlar: "*Bireylerin fiziksel ve ruhsal açıdan iyilik içinde bulunması, bu açıdan karşılaşılan rahatsızlıkların giderilmesi ve iyilik halinin yükseltilmesini sağlayacak her türlü faaliyeti sağlık hizmetleridir*."

Batırel (2012:17) sağlık kavramını şu ifadelerle tanımlar "*Sağlık, bireyin toplumdaki normal fonksiyonlarını fiziksel acı ve rahatsızlığı ya da ruhsal sıkıntı olmadan sürdürmesi demektir*."

Mutlu ve Işık (2012:13) ise sağlığı; "*bireylerin ve toplumun sağlığı hastalık ve sakatlığın olmaması yanında bedensel, ruhsal ve sosyal durumun düzenli ve dengeli olması hali ile yakından ilişkili bir konudur*." şeklinde tanımlamışlardır. Burada hem bireyin hem de toplumun sağlık durumu vurgulanmaktadır. Birey ve toplum sağlığının, etkileşim içinde olduğu bundan dolayı fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan dengeli ve düzenli biçimde ilerlemesi gerektiği ifade edilmektedir.

Illich (1995:190) sağlık kavramını "*bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişi başarabilmesi süreci*" şeklinde tanımlamıştır (Tıraş 2013:127). Diğer yapılmış tanımlardan farklı olarak burada sağlığın biyolojik olarak hem devamlılığını hem de sağlıklı yaşamanın daha kaliteli hale getirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Sağlık kavramının içeriği insanın her yönüyle tam bir iyilik halinde olmasını anlatmaktadır. Bu da bireylerin acı çekmeden, mutlu ve verimli bir yaşam sürmesi demektir. Aynı zamanda sağlıklı olma durumu, ülke ekonomisinin beşeri sermaye kaynağını etkilemesi bakımından önemlidir. Bireylerin iyi durumda olması ve daha fazla üretebilmesi hem ekonomik hem de sosyal açıdan gereklidir. Sağlık ile ilgili göstergelerin sosyal açıdan da ele alınarak yorumlanması, toplumsal refahın sağlanması, sağlık hizmetlerinin iyileşmesi ve sağlık alanındaki teknolojik ilerlemenin gerçekleşmesi açısından gerekli bir durumdur.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı, Kapsamı ve Amacı

Sağlık sektörü gelişmeye açık bir sektördür. Ekonominin diğer alanlarında olduğu gibi sağlık alanında da kıt kaynakların etkin kullanımı söz konusudur. Toplum refahını sağlamak amacıyla kullanılan kaynakların önemli bir kısmını da sağlık hizmetlerinin sunumu için ayrılmaktadır (Mutlu, Işık 2012:1). Tüketimi hızlı olan sağlık hizmetinin sonuçları ise zamana yayılı bir biçimde ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetinin üretimini verimli, adil ve yeteri düzeyde sağlanması daha çok bireyin sağlık hizmetine ulaşması anlamına gelecektir. Çünkü sağlık hizmetinin sunumu için önemli olan nokta

bireylerin statülerine bakılmadan ya da ayrım yapılmadan hizmetin yerine getirilmesidir. Bunun doğal sonucu şudur: "Sağlık her birey için insanı bir hakkıdır." (Yılmaz Akgül, Ataer, Efe 2018:348-349).

Bu konuda yapılımış birçok araştırmada, sağlık kavramı kadar sağlık hizmetlerinin neler olduğu, özellikleri ve nasıl sağlandığı üzerinde de durulmaktadır. Tüm bireylerin sağlık seviyesi en iyi düzeye getirecek hizmetler sağlık hizmetleridir (Başol, Işık 2015:3). Sağlık hizmetleri sunumunun etkin ve yeterli olması özellikle iki unsur açısından önemlidir. Bunlar beşeri gelişmişlik ve toplumsal refahın artmasıdır (Çelebi, Cura 2013:47).

Sağlık hizmetleri 224 sayılı Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirme Kanunu 2. maddesinde şu şekilde tanımlanmıştır. "İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir."

Ayrıca Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. maddesinde sağlık hizmetinin asıl amacının sağlığın temel insani bir hak olması gerekliliğini açıklanmıştır. Söz konusu maddenin sağlıkla ilgili kısmı şu şekildedir:

"Herkes sağlıklı ve dengeli bir çerçevede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşın ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerini yaygın bir şekilde yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir."

Dünya Sağlık Örgütünün 1978 yılında Kazakistan'ın Alma-Ata kentinde Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı'nda kabul edilen ve Birleşmiş Milletler tarafından, bütün üye ülkelere uygulanması için önerilen ilkeler Alma-Ata Bildirgesi'nde yer alır. Bu ilkelerde temel sağlık hizmetlerinin önemi üzerinde durulmuştur. Tüm ülkeler için kapsamlı, evrensel, adil ve uygun fiyatlı bir sağlık hizmeti sağlama aracı olarak temel sağlık hizmetlerini resmen benimsemiştir (Hall, Taylor 2003:17). Koruyucu sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların eşit olarak faydalanmaları öngörülmüştür. Yayımlanan bu bildirgenin öncesinde DSÖ, 1973 yılında yaptığı çalışmalarla sağlık konusunda ülkelerin yetersiz olduğunu, iyileştirilmesine yönelik kararlar alınması gerekliliğini vurgulamıştır. Bu çalışmalara istinaden aşağıda ifade edilen kararlar alınmıştır (Şener 2001:368-369; Kıvanç 2015:163). Alma-Ata Bildirgesi'nde yer alan sağlık için temel ilkeler şunlardır:

"1. Sağlıklı çocuk yetiştirilmesi, ailenin eğitim düzeyi ile yakında ilgili olup özellikle annenin eğitimi son derece önemlidir.

2. Temiz içme ve kullanma suyu sağlayacak biçimde hijyenik koşullar iyileştirilmelidir.

3. Ailenin dengeli beslenmesi için, yeterli ekonomik güce kavuşturulması gerekir.

4. Ana ve çocuk bakımı, devamlı olarak kontrol edilmelidir.

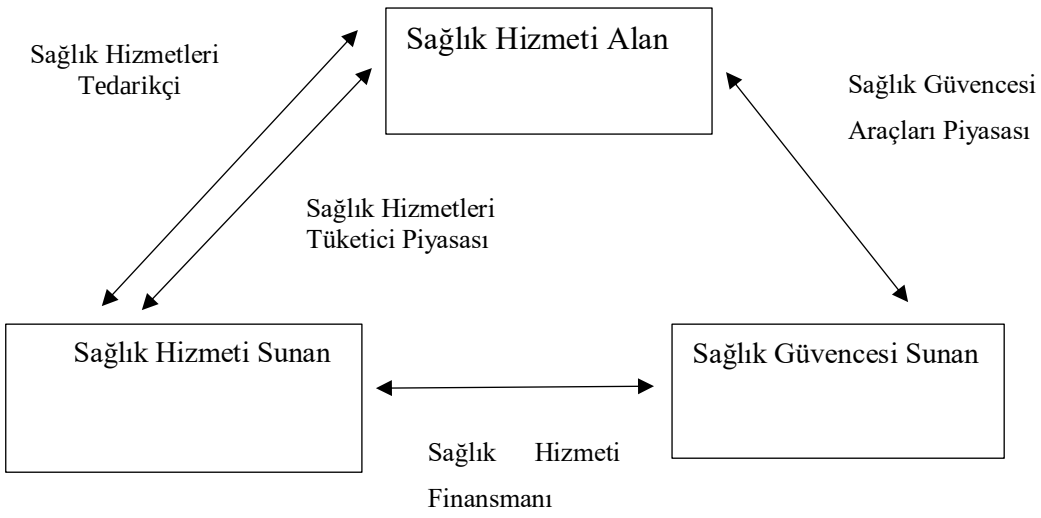
5. Bulaşıcı hastalıklara karşı aşıların zamanında yapılması gerekmektedir.

6. Salgın hastalıklar ve aracı taşıyıcılara (sivrisinek ve parazitlere) karşı etkin bir savaş verilmelidir.

7. Tıbbi yardım ve ilaç, gerektiğinde herkese ve her yerde hazır olarak sağlanmalıdır." (Şener 2001:368-369).

Bildirgede hedef olarak belirlenen 2000 yılında sağlık düzeyi ve kalkınma için önemli bir parça olan temel sağlık hizmetinin önemi vurgulanmıştır. Temel sağlık hizmetlerinin başlatılması ve yürütülmesi için gerekli ulusal politikalar, strateji ve çalışma planlarının yapılması, teknik düzenlemelere gidilmsi, kaynakların bu doğrultuda kullanılmasına vurguda bulunulmuştur. Herkese aynı düzeyde sunulması için yerel, bölgesel ve uluslararası düzeyde örgütlemeyle ilgili çalışmalar yapılmıştır. 1988 yılında Riga Toplantısında "Herkese sağlık" hedefi ile politikaların planlanması ve gerekli teknik koşullar belirlenerek uygulanması öngörülmüştür (Şener 2001:368-369; Kıvanç 2015:163).

Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Üçgeni



Kaynak: Baltacı 2020:15.

Hizmeti alan tüketici hizmet sonrası kendini iyi hissederse hizmet sunumunun mantığı oluşmuş demektir. Aynı durum sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Hastanın (mental ya da fiziksel) sağlık hizmeti alması ardından iyi olma halini yakalayabiliyor ya da iyi olma halini artırabiliyorsa sağlık hizmeti sunumunun mantığı gerçekleşmektedir. Sağlık hizmeti talebinin her zaman tedavi edici bir fonksiyonla değil aynı zamanda destekleyici olma fonksiyonuyla ortaya çıkmaktadır. Şekil 1'de sağlık hizmetinin tarafları gösterilmektedir. Sağlık hizmeti üçgeni olarak da tanımlanan sağlık hizmetini alan (hastalar), sağlık hizmetini sunan (hastane, klinik v.b) ve sağlık güvencesi veren (devlet, özel sigorta şirketleri v.b.) şeklinde gösterilmektedir (Baltacı 2020: 14-16).

1.3.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Temel mal ve hizmetlerin her biri birbirinden farklı özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetlerinde temel insan haklarından olan yaşama hakkının bulunması ve toplum sağlığı ile birey sağlığı arasında ilişkinin olması bu ilişkiden dolayı devletin görevleri arasında sayılması sağlık hizmetlerinin özelliklerinin oluşumunda önemlidir. Söz konusu özellikler şöylece sıralabilir: (Hsiao, Heller 2007:6; Mutlu, Işık 2012:45).

- Sağlık malının yetersiz tüketimi toplumu etkiler.
- Sağlık hizmetleri ertelenemez ve acildir.
- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma derecesi yüksektir.
- Sağlık hizmetlerinde hizmet alanlar hizmeti verenlere çeşitli açılardan bağımlıdır.
- Sağlık hizmetlerinde çıktı her zaman ölçülemeyebilir.
- Sağlık temel insani haklardan biridir.
- Sağlık uluslararası bir problemdir.
- Sağlık hizmetleri piyasasında aksak rekabet mevcuttur.
- Sağlık hizmetleri sosyal bir sorumluluktur.
- Sağlık hizmetlerinin ikamesi mümkün değildir.
- Sağlık hizmetleri sektörü tekelleşmeye elverişlidir.

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin literatürde; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri olmak üzere üç grupta toplanmaktadır.

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmeti

Koruyucu sağlık hizmetinin amacı toplumundaki bireylerin karşılaşılabilecekleri fiziksel ve ruhsal hastalıkların oluşturduğu riskleri azaltmak ya da risklerin tamamen ortadan kalkmasını sağlamaktır. Aslında bu sağlık hizmetinin temel amacı toplumun sağlık düzeyini artırmaktır. Koruyucu

sağlık hizmeti tüm toplum bireylerine (ödeme gücü ne olursa olsun) sunulması gerektiğinden devlet tarafından sunulması gerekmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri iki şekilde bireylere sağlanmaktadır. Doğrudan kişiyi ilgilendiren, kişinin sağlıklı bir şekilde yaşamının sürdürmesi ve bu durumun geliştirilmesi için kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetidir. Bir diğeri ise kişinin sağlığını etkileyen çevresel faktörlere yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir (Tengilimoğlu, vd. 2009: 79).

1.4.1.1. Kişiye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Kişilerin sağlık durumlarının korunması ve iyileştirilmesine yönelik dar kapsamlı bir sağlık hizmetidir. Bu sağlık hizmeti toplumdaki bireylerin hastalıklara karşı dirençli olmalarını sağlamaya yönelik olup, erken tanı, tedavi olanakları sağlamaktadır. Kişiye yönelik sağlık hizmetleri şunlardır:

- Sağlık eğitimi
- Ana/çocuk sağlığı ve aile planlaması
- Bağışıklama
- Bölgesel epidemik hastalıkların önüne geçilmesi
- Sağlıklı beslenme
- Erken teşhis ve sağlık kayıtları
- Sosyal yardım hizmetleri
- Kötü alışkanlıklara karşı mücadele
- İş güvenliği ve emeğin sağlığı
- Okul sağlığı hizmetleri
- Toplu yaşam alanı sağlık hizmetleri
- Merkezi ve mahalli idarenin diğer hizmetleri (Alu 2017:35).

1.4.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Toplum sağlığı için tehlikeli olan birçok faktör vardır. Bunlardan biri de çevresel faktörlerdir. Sağlık açısından zararlı olan bu çevresel faktörler tamamen ya yok edilmeli ya da kontrol altına alınmalıdır. Örneğin içme suyunun temiz olması insan sağlığı açısından önemlidir. Su kaynaklarında mevcut olan atıkların temizlenmesi, imha edilmesi ya da geri dönüşümle çevreye olumlu bir hale getirilmesi hem insan sağlığı açısından hem de ekonomik açıdan faydalı bir durumdur (Yardımcı 2020: 37). Çevre kirliliğinin azaltılması ve çevrenin korunmasına yönelik uygulamalar dolaylı yollarla inan sağlığına olumlu bir etki oluşturacaktır. Çevrenin korunması için çalışmalar yapılması, devamlı artışta olan sağlık harcamalarından daha büyük marjinal verimliliğe sahip olacaktır (Ateş 2012: 10). Kişiye yönelik sağlık hizmetlerine oranla daha fazla dışsallık içermektedir. Ayrıca bu sağlık hizmeti, sağlık

hizmetlerinin küresel kamusal mal olma özelliğini ortaya koymaktadır (Çoban 2009:17). Çevreye yönelik sağlık hizmetleri şu hususları içerir:

- Temiz su temini için kirliliğin kontrol altına alınması
- Katı atıkların çevreye verdikleri zararın en aza indirilmesi
- İnsan sağlığına zarar veren kemirgen ve haşerelerin kontrol altına alınması
- Gıda sanitasyonu
- Hava ve ses kirliliklerinin kontrol altına alınması
- Radyasyon tehlikelerinin kontrol altına alınabilmesi için denetimlerin yapılması
- Konut ve arazi kullanımının kontrol alıntına alınması (Schulz, Johnson 2003:22).

1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmeti

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hem hekimlik yöntemleri hem de teknolojik uygulamalar vasıtasıyla oluşabilecek olumsuzlukları en aza indirmek amacıyla yapılmaktadır. Hastalık, kaza, yaralanma ve sonradan oratay çıkan mamluliyet gibi durumların en aza indirilmesi sağlık hizmetleri sayesinde mümkün olmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, üç düzeyde incelenmektedir (Ateş 2012: 12).

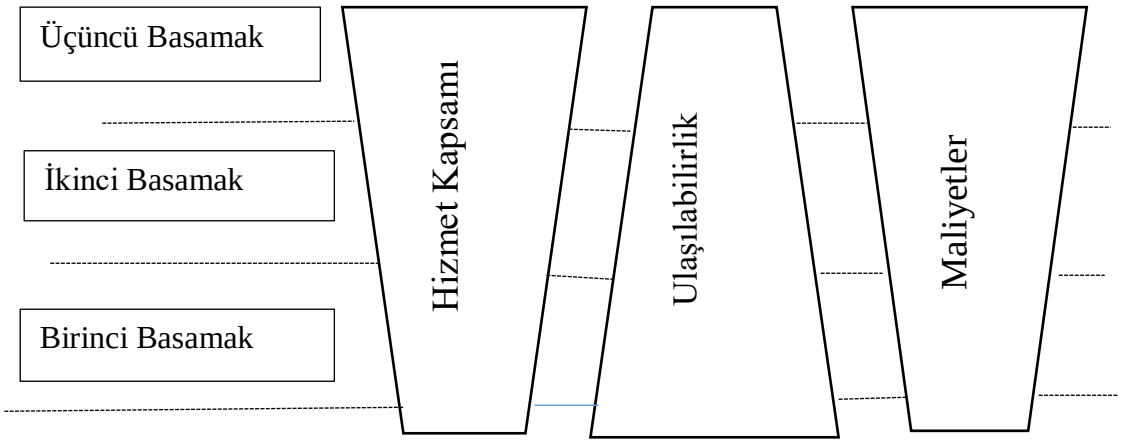
- Birinci Basamak Sağlık Hizmeti
- İkinci Basamak Sağlık Hizmeti
- Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti

Birinci basamak sağlık hizmeti (primary health care), sağlık hizmetinin temel yapısı içinde yer almaktadır. Sağlık hizmeti almak isteyen hastaların ilk başvuracağı yer olma, hastalara yönelik uzun bir süre sorumluluk sunmak ve sağlık hizmetlerinin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerinin bütünleşmesini sağlamak şeklinde tanımlanabilir (Maynard, Scott 2003 :187).

İkinci basamak sağlık hizmeti (secandary health care) birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilemeyen tedavi hizmeti burada gerçekleştirilmektedir. Temel amacı tedavi hizmeti olduğu için uzman tıp ve sağlık personelinin yani hastaneler tarafından verilen sağlık hizmetleridir (Demirbilek, Çolak 2008:94-95).

Üçüncü sağlık hizmeti (tertiary health care) ise tedavi edici sağlık hizmeti içerisinde yer almaktadır. Aynı zamanda burada sunulan hizmet teknolojik ve bilgi edinimi açısından tüketicilere hizmet sağlamaktadır. Daha çok alanında uzmanlaşmış sağlık personeli olan özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri yer almaktadır (Akdur 2006:13-15).

Şekil 2: Birinci Basmak, İkinci Basamak ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri



Kaynak: Kavuncubaşı, Yıldırım 2012: 41-42.

Sağlık hizmetlerinin düzeyi, hizmet kapsamı, ulaşılabilirliği ve maliyeti Şekil 2 yardımıyla incelenmektedir. Hizmet kapsamı açısından (sağlanan hizmetin boyutunun koruyucu hizmet olmasından dolayı) birinci basamak sağlık hizmeti, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine göre daha dar kapsamlıdır. Birinci basamak sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği diğerlerine göre daha yüksektir. Maliyet açısından da birinci basamak sağlık hizmeti daha azdır. Çünkü daha az teknoloji, yatırım ve işletme sermayesi gerektirmesinin yanı sıra karmaşık tedaviler sunmaması da vardır.

1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmeti, hastalık, kaza, savaş ve doğal afet gibi durumların sonucunda insanda oluşan sakatlık halinden kaynaklanan kayıpların giderilmesi özellikle gündelik yaşamın ve çalışma hayatının devamı sağlamak amacıyla verilen sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır (Tengilimoğlu vd. 2014:83; Atalay 2007:35). Rehabilitasyon hizmeti; tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmeti diye ikiye ayrılmaktadır.

a) Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri: Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir kazanın sonrasında oluşan sakatlık halinin giderilmesi için yapılan hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Postür bozuklukların giderilmesi, ekstremite protezlerin kullanılması gibi tıbbi rehabilitasyon hizmetlerini de içerisinde bulundurmaktadır. Bu hizmet uzman sağlık personeli tarafından verilen hizmetlerdir (Akdur 2006:15; Tengilimoğlu, vd. 2014:83).

b) Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri: Hayatını devam ettirebilmesi için gerekli olan ihtiyaçların tespit edilmesi, bireylerin aktif çalışma hayıtında olmasını sağlayacak alanların oluşturulması ve fiziksel ve psikolojik engele sahip bireylere uygun yaşam standartların oluşturması gibi hizmetler vardır. Bu hizmet sunumu sosyal hizmetler tarafından yapılmaktadır (Gençoğlu 2018:308).

1.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini, Yardım vd (2009:30) çalışmalarında şu şekilde tanımlamaktadır. *"Sağlığın geliştirilmesi; bireylerin optimal sağlık durumunun elde edilmesi yönünde hareket edebilmeleri için, yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım eden bir sanat ve bilim dalıdır."* Sağlığın geliştirilmesi, insanların tam iyilik hallerinin oluşmasıdır. Bu da sadece hastalıkların tanı ve tedavi edilmesi ya da hastalıkların önlenmesi değildir. Sağlık hizmetlerinin yanı sıra insanların sağlıklı yaşam olarak düşündükleri süre boyunca onların yüksek yaşam standardıyla yaşama devam etmeleri amaçlanmaktadır. Bunun için kamu ya da özel kesimce sunulan beslenme, stres yönetimi, egzersiz gibi sağlık programları vardır. Sağlığın geliştirmesi kavramı ilk olarak 1945'te tıp tarihçisi Henry E. Sigerist, tıbbın dört ana görevini dört madde yardımıyla anlatmaktadır; 1) Sağlığın geliştirilmesi 2) Hastalığın önlenmesi, 3) Hastaların restorasyonu (iyileştirilmesi) ve 4) Rehabilitasyon. Daha sonra sağlığın geliştirime hizmeti, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için 1986 yılında Ottawa Sözleşmesi'yle tekrarlanmış ve 2000 yılı ve sonrası için Herkes İçin Sağlık'a ulaşma eylemi içinde de yer almıştır (Bahar, Dilay 2014:59; Terris 1992:268).

1.5.Sağlık Ekonomisi Kavram ve Önemi

Toplumsal ve bireysel ihtiyaçların karşılanması amacıyla üretimin gerçekleşmesi yaşamın devamlılığı adına önemli bir durumdur. Temel ihtiyaçların yanı sıra refah içinde yaşama isteği daha fazla üretimin gerçekleşmesine neden olacaktır. Hangi ürünlerin, hangi miktarda, hangi yöntemle ve kimin için üretileceği, üretimin çıktılarının toplum arasında nasıl dağıtılacağı ve bu dağıtımın ne kadar verimli olacağı şeklindeki soruların yanıtları toplum refahı açısından önemlidir (Wiseman 2011:9). Bu soruların cevaplanmasında dikkat edilecek temel nokta kaynakların sınırlı olması ve en uygun kullanımının nasıl gerçekleşeceğidir. Çünkü kaynaklar, ekonomide mal ve hizmetlerin üretilmesi ve dağıtılmasında kullanılmaktadır. Dünya da sınırlı olan kaynakların bu sınırsız ihtiyaç ve istekler için nasıl kullanılacağı ile ilgilenen bilim dalı ekonomi bilimidir. Ekonomi bilimi aynı zamanda tercihler bilimidir. Çünkü bireysel ve toplumsal kararlarda ortaya çıkan birçok seçenek arasında seçim yapma durumunun nedeni, kaynakların kıt ve isteklerin sınırsız olmasıdır (Wonderling, vd. 2005:8-10).

Sağlık alanında kullanılan kaynakların etkinliği, sadece hastalıkların iyileşmesi için değil aynı zamanda sağlıklı olma halinin sürekliliği için gerekli bir durumdur. Bireylerin mevcut sağlıklı olma halinin sürdürülebilirliği aynı zamanda salgın hastalıklar neticesinde sağlıkla ilgili hizmet çeşitliliğinin artması gibi durumlarda kaynakların en uygun şekilde kullanımına bağlıdır (Mwabu 2007: 2-4).

Hasta bakımı, sağlık hizmetleri organizasyonunun etkinliğini değerlendirmek, bu organizasyonu iyileştirmenin yollarını sağlamak ve hastalıkların maliyeti gibi sağlıkla ilgili konuların varlığı, sağlığın ekonomik açıdan incelenmesini değerli kılmaktadır. Bu nedenle sağlıkla ilgili konuların ekonomi ile

ilişkilendirilmesi sonucunda sağlık ekonomisi şeklinde tanımlanan bir alt bilim dalının oluşmasına neden olmaktadır. Sağlık ekonomisi; kıt ekonomik kaynakların, hasta bakımı, sağlık alanını iyileştirmek ve geliştirilmek için optimum kullanımını sağlamak aynı zamanda bu kaynakların rekabet halindeki kullanımlarını dikkate alarak inceleyen alt bilim dalıdır (Mushkin 1958: 790-792).

Sağlık ekonomisi toplumsal düzeyde, sağlıkla ilgili kaynakların rakip alternatifler arasında nasıl tahsis edilmesi gerektiğini inceleyen ve ilgilenen bir ekonomi alanı olarak da tanımlanmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerini sunan karar vericiler, sağlık ile alakalı teknik konuları ekonomik açıdan da değerlendirmelidir (Goeree, Diaby 2013:832).

Genel anlamda sağlık ekonomisi; ekonomi teorilerinin, kavramlarının ve tekniklerinin sağlık sektörüne uygulanmasıdır. Bu durum aşağıda yer alan konularla ilgilidir:

- Sağlık alanındaki teşvikler ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler içinde kaynak tahsisi

- Sağlık hizmeti sunumunda kullanılan kaynakların sayısı

- Sağlık alanındaki kurumların organizasyonu ve finansmanı

- Sağlık ile ilgili hedefler için kaynakların tahsis edilmesi ve kaynak kullanımındaki verimlilik

- Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin birey ve toplum üzerindeki etkileri (Mills, Gilson1988: 2).

Sağlık ekonomisi konusu, Alan Williams (1987)'ın yapmış olduğu çalışmada, "Williams'ın Şematik Sağlık Ekonomisi" şemasında yer alan kutucuklardan hareketle sağlığın temel alanları ve bunların ekonomi ile arasındaki ilişkisi irdelenmektedir. Yapılan çalışma sonucu elde edilen şematik sunumu şekil 3 "sıhhi tesisat şeması" olarak da tanımlanmaktadır. Çünkü bu şemada A'dan H'ye kadar yer alan kutucukların; A, B, C ve D kutuları sağlık ekonomisinin temel bölümleri olup bu yapının temelini oluştururken, E, F, G ve H kutuları ise bu disiplinin uygulama alanlarını göstermektedir (Culyer 2005: 369-370; Maynard, Kanavos 2000:183-185). Şekil 3'de gösterilen akış şemasının içeriği ise şu şekildedir;

İlk olarak "Sağlığı Etkileyen Faktörler Nedir?" sorusu ile başlayan A kutucuğuna verilen yanıt, sağlığı etkileyen faktörlerin sağlık hizmeti dışında yer alan etkilerin neler olduğu konusudur. Mesleki yaşamından bir bireyin gündelik yaşamına kadar geçen zaman içinde karşılaşabileceği çevresel, fiziki ve sosyal faktörlerin sağılığı etkilediğini ifade etmektedir. Bir kişinin sağlığı üzerinde etkili olan faktörlerin aynı zamanda toplum sağlığı üzerinde de etkisi vardır. Bireyin beslenme alışkanlığı sonrası ortaya çıkan hastalıklar ya da sağlık üzerinde olumsuz etkileri olan (sigara gibi) mal tüketiminde bulunmaları sağlık hizmeti kaynaklı oluşacak olumsuzluklar değildir. Sağlığı etkileyen unsurları (sağlık hizmeti dışında) özellikle bireysel boyutta inceleyen Anand ve Ravallion (1993:138) yapmış oldukları

çalışmada yetersiz beslenme ya da yanlış beslenme gibi alışkanlıkların gelir değişikliklerine tepkisiz olmadığını ortaya koymuşlardır. Diğer faktörlerin yanı sıra gelir düzeyi değişiklikleri beslenme kazanımlarını etkilerken, aynı zamanda beklenen yaşam süresiyle gelir düzeyi doğru yönlü bir ilişki halindedir.

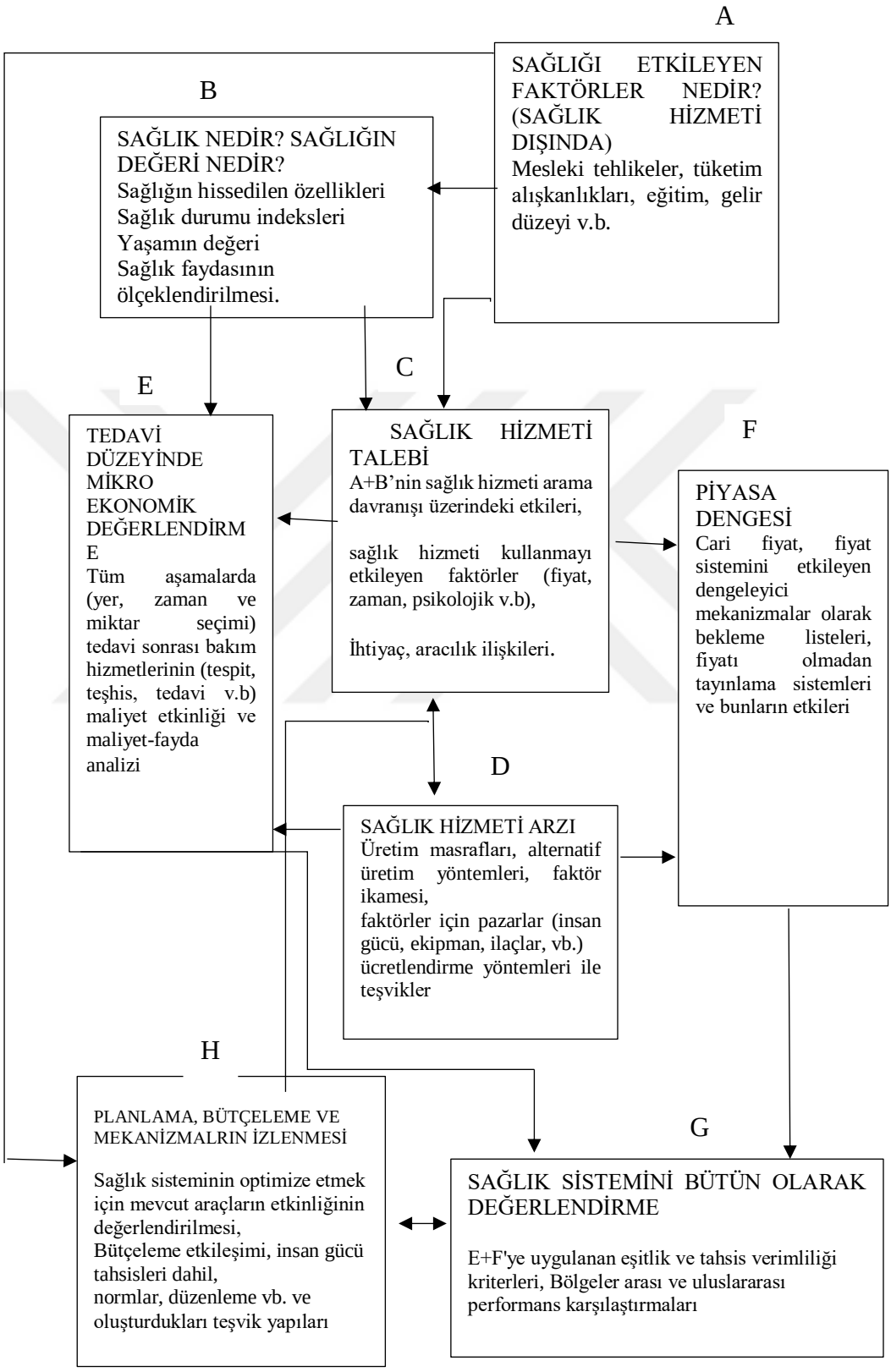
B kutusunda yer alan "sağlık nedir?" "sağlığın değeri nedir?" soruları hem sağlığın hem de sağlık değerinin ölçümünü ifade eder. Sağlık ve sağlığın değeri nedir sorularına verilecek cevap sadece hastalık ya da hastalıktan korunmak şeklinde değil, sunulan sağlık hizmetinin de kaliteli olup olmadığı ya da yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşamın ölçülebilmesini de içerecek şekilde incelenmesini ifade etmektedir. Sağlığın değerini inceleyen yöntemler arasında, QALY (Quality Adjusted Life Years), Rosser İndeks, Notingham Sağlık Profili ve Kajandi Yaklaşımı gibi yöntemler yer almaktadır (Nordenfelt 1993; McDowell, Newell :1987; McDowell vd 2022).

C ve D kutuları "sağlık hizmeti talebi" ve "sağlık hizmeti arzını" anlatmaktadır. Kısaca sağlık ekonomisinin tüketim yönünü C kutusu ifade ederken D kutusu ise üretim yönünü ifade etmektedir. A ve B kutularından hareketle, bireylerin sağlık hizmeti arama davranışları ve sağlık hizmeti kullanmayı etkileyen faktörlerin varlığı sağlık hizmeti talebini gösteren C kutusu ile ifade edilmiştir. Bu kapsamda ele alınan aslında sağlık hizmetleri talebinde ortaya koyulan tüketici davranışlarıdır. Sağlık hizmeti kullanımında etkili olacak fiyat, zaman, psikoloji, ihtiyaç ve aracılık ilişkileri gibi unsurlar burada incelenmektedir. Üretim yönünü ifade eden D kutucuğunda incelenmek istenilen; sağlık hizmeti üretim maliyeti, tıbbi açıdan alternatif üretim teknikleri, sağlık personelinin eğitimi ve ücretlendirilmesi, üretim girdileri aynı zamanda girdiler arasındaki ikame oranıdır. Ayrıca üretimi gerçekleştiren kamu ve özel kesim kurumları arasındaki dağılımda bu başlık altında ele alınmaktadır.

Tedavi düzeyinde mikro ekonomik değerlendirme E kutusunda incelenmiştir. Bu alanda, alternatif bakım sağlama yollarının ekonomik değerlendirmesi yer almaktadır. Tanı-teşhis, tedavi ve bakım gibi sağlık hizmetleri süreçleri için en uygun tıbbi malzeme ve ilacın kullanımına karar verilmesinde faydayı maksimize etmenin önemi vurgulanmaktadır. Bunun için maliyet-etkinlik, fayda-maliyet ve maliyet minimizasyonu yöntemleri kullanılarak en uygun yer, zaman ve miktarın belirlenmesi ile sağlık faaliyetlerinin verimliliğinin artırılması amaçlanmaktadır.

Piyasa dengesinin ele alındığı F kutusu, özellikle piyasa denge fiyatını etkileyen faktörleri içermektedir. Öncelikle sunulan sağlık hizmetinin fiyatı, zaman maliyetleri, dengeleyici mekanizmalar olarak bekleme listeleri ve fiyatı olmadan yapılan tayınlama sistemlerinin sağlık hizmetleri üzerindeki etkileri incelenmektedir.

Şekil 3: Sağlık Ekonomisinin İşleyişi



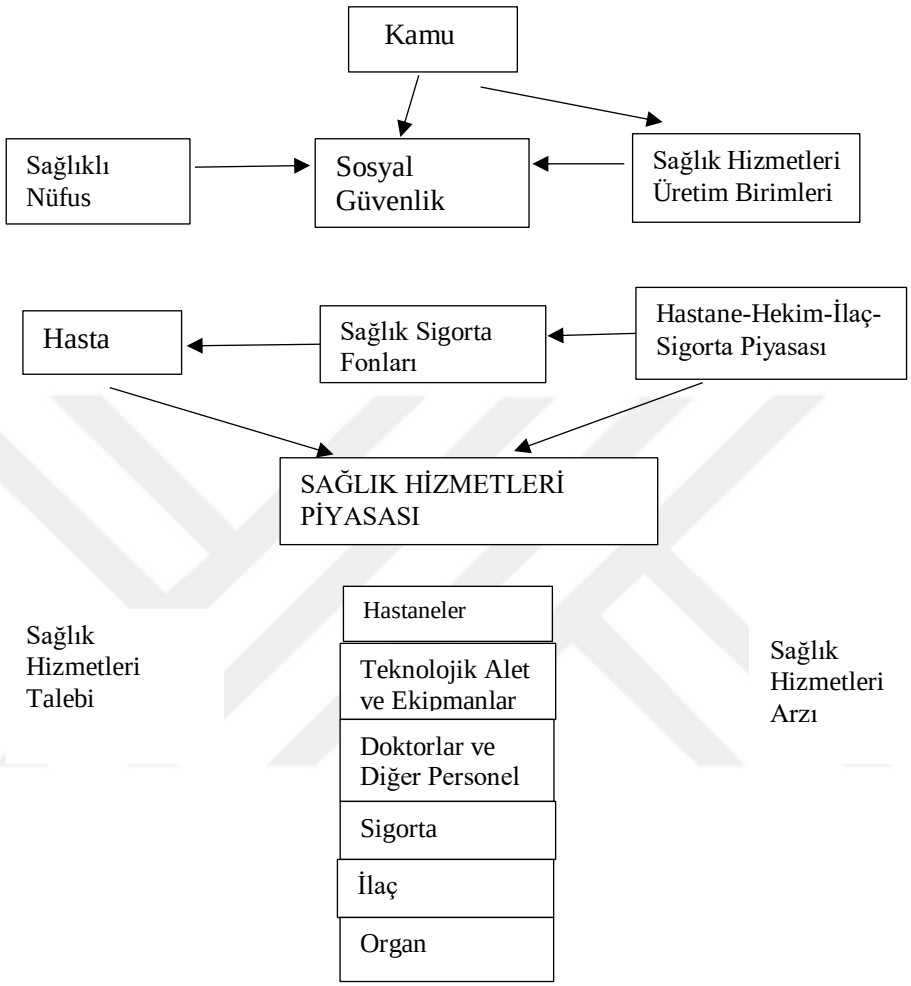
Kaynak: Williams 1987: 3.

Sağlık sisteminin planlama, bütçeleme ve izleme mekanizmalarını inceleyen H kutusunun içeriğinde ise, sağlık sistemini optimize etmek için mevcut araçların etkinliğinin değerlendirilmesi, bütçeleme etkileşimi, insan gücü tahsisleri, normlar, düzenleme ve oluşturdukları teşvik yapıları yer almaktadır. Anjiyo tedavisinin en uygun maliyetli yollarının ilaçlar ya da cerrahi olmasından ziyade, bütçeleme ve planlama sistemlerinin insanları en uygun maliyetli yolu aramaya ve uygulamaya teşvik edecek şekilde tasarlanıp tasarlanmadığını incelenmesi bunlardan biridir.

G, E ve F kutularının oluşturduğu çerçevede sağlık bakım sistemlerinin performansını eşitlik ilkeleri ve tahsis etkinliği kriterleri açısından ele alınmasını ifade etmektedir. Farklı yapıların etkilerini görebilmek amacıyla bölgeler arası veya uluslararası karşılaştırmaların sonuçları öğretici olacaktır. Çünkü amaç farklı olan sistemlerin avantaj ve dezavantajlarını ortaya koymaktır. Ancak yapılan çalışmalarda toplumların yapısı, kullanılan sağlık sistemleri ve farklı finansman yöntemleri olması ortaya çıkarılmak istenilen sonuçların bulunmasını zorlaştıracaktır.

Mutlu ve Işık (2012:23-24) çalışmalarında Şekil 4'de görüldüğü gibi sağlık ekonomisi sistemi ve işleyişini göstermektedir. Sağlık ekonomistlerine göre sağlık; hem üretim hem de tüketim yönleriyle ele alınmakta olup hastalık risklerine karşı korunmak amacıyla sigorta kurumunun kullanılması ya da hasta olan bireylerin çeşitli sağlık sigortası fonları vasıtasıyla finanse edilerek sağlık hizmeti sunan birimlerden faydalanılmasıdır. Ayrıca ilaç ve organ nakli gibi tedavide gerekli olan durumların yer alması sağlık ekonomisinin işleyişini göstermektedir.

Şekil 4: Sağlık Ekonomisi Sistemi ve İşleyişi



Kaynak: Mutlu, Işık 2012: 24.

1.6. Sağlık Ekonomisinde Piyasa Başarısızlıkları

Tam rekabet piyasası koşullarını incelendiğinde, birden çok alıcı ve satıcı olmasının yanı sıra söz konusu tarafların mal ve hizmet piyasası hakkında tam bilgi sahibi oldukları görülmektedir. Ayrıca diğer özellikleri şunlardır: alıcı ve satıcıların aralarında işbirliği, aralarında gizli bir anlaşma bulunmaması, birbirlerinden bağımsız hareket etmeleri, alınan ve satılan malların homojen olması, tüketicilerin satın aldıkları malın kalite ve fiyatı konusunda tam bilgi sahibi olması, malın maliyetine katlanılmış olması ve piyasaya giriş ve çıkış serbest olması (Leach 2004:4). Bu koşulların bir kısmının

işlememesi durumunda eksik rekabet piyasasının oluşmasına neden olacaktır. Eksik rekabet piyasalarında kaynakların etkin ve adil dağılımı piyasa mekanizması tarafından sağlanamaz.

Ekonomide yer alan kaynakların rekabetçi piyasa mekanizmasında, merkezi bir müdahaleye gerek kalmadan sosyal faydanın artmasını sağlayan etkin bir şekilde tahsis edilmesi Pareto optimumu olarak ifade edilmektedir. Herhangi bir bireyin net faydasını başka bir kişinin faydasını düşürmeksizin arttırmak mümkün olmadığından, piyasa mekanizması mal ve hizmetlerin Pareto optimum tahsisini gerçekleştirmektedir. Çünkü ifade edilen koşulların gerçekleşmesi ekonomide ulaşılabilen en iyi sonucu göstermektedir. Ancak ekonomik alanlarda her zaman kaynak tahsisi etkin bir şekilde gerçekleşmez. Piyasa ekonomisi bazı zamanlarda ve ekonomik alanlarda tek başına Pareto etkinliğini sağlayamaz. Bu durum piyasa başarısızlığı olarak adlandırılır. Ayrıca serbest piyasa mekanizmasının kendiliğinden etkin kaynak dağılımını sağlaması ancak tam rekabet koşulları altında ve piyasa aksaklığının olmadığı durumda gerçekleşmektedir (Öztürk 2004:174; Kirmanoğlu 2017: 69).

Sağlık hizmetleri piyasalarının kendine has özelliklerinden dolayı (yarı kamusal mal olma özelliği gibi) rekabetçi piyasalar için gerekli koşulları taşımamaktadır (Watts, Segal 2009:2). Sağlık hizmetlerinin sunumunda arz ve talep dengesizliğinin yaşanması, yani sağlık talep edenlerin sınırlı bir sağlık arzı ile karşılaşması, sunulan sağlık hizmeti hakkında tam bilgiye sahip olamama ve tüketiminin önceden belirlenememesi gibi özelliklerden kaynaklı piyasa başarısızlıkları söz konusudur (Stiglitz 2000:209-310). Devletin müdahil olduğu bu piyasa başarısızlıklarına neden olan durumlar tek tek ele alınarak aşağıda incelenecektir.

1.6.1. Kamusallık Özelliği

Bireysel faydanın yanı sıra toplumsal faydanın varlığı, bazı mal ve hizmet sunumunun sadece piyasa ekonomisinin değil kamu kesimi tarafından da sunulması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Kamusal malları teorisinin temellerini ilk olarak Paul A. Samuelson 1954 yılında "The Pure Theory of Public Expenditure" adlı makalesi ile incelemiştir (Desai 2003: 63).

Samuelson (1954:387) çalışmasında, her bir bireyin bir maldan tüketimi diğer herhangi bir bireyin o malın tüketiminden hiçbir azalmaya yol açmaması anlamında hepsinin ortaklaşa yararlandığı kollektif tüketim malları şeklinde tanımlamaktadır. Kısaca, özel malların yanı sıra toplumdaki bireylerin birlikte ve eşit şekilde tükettikleri mal ve hizmetlerin olduğunu ifade etmektedir.

Şener (2001:49) kamusal mal tanımını hem geniş hem de dar anlamda şöyle yapmıştır: "*Geniş anlamda, başta kamusal mal ve hizmetler (savunma, güvenlik, adalet) olmak üzere; yarı kamusal mallar (yüksek öğrenim, devlet hastaneleri ve meteroloji gibi özelütçeli idarelerce sunulan mal ve hizmetler); özel mallar(kamu ekonomik kuruluşları ve yerel yönetimlerce sunulan demir-çelik, çimento, elektrik, su, havagazı gibi) toplum için zararlı özel mallar (çevre kirliliği ve gürültü gibi) ve Birleşmiş*

Milletler Örgütleri'nin üye ülkelere sundukları eğitim, sağlık, tarımsal yardım gibi çok sayıda mal ve hizmeti içerir. Dar anlamda kamusal mal ve hizmet kavramı ise, genel bütçe ile sunulan ve finansmanı zorlamaya dayanan vergilerle karşılanan mal ve hizmetleri kapsar."

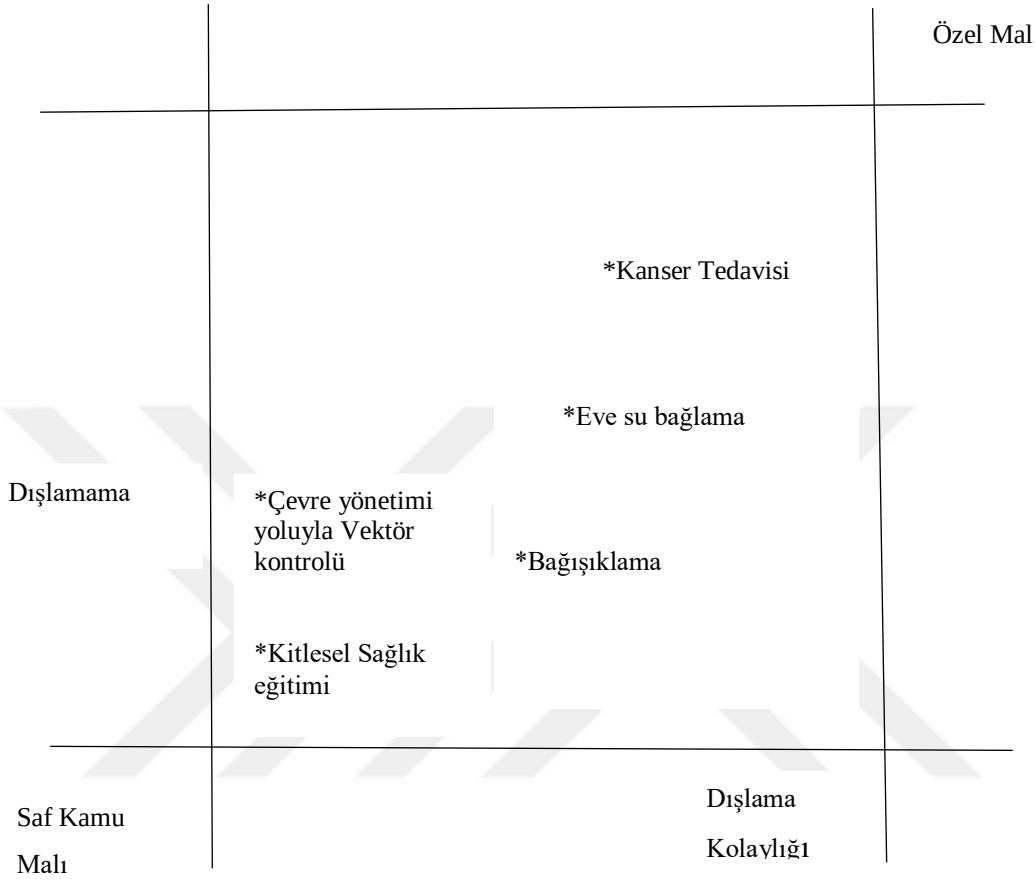
Tam kamusal mal ve hizmetler Yılmaz Akgül (2020:24) tarafından, "*ulusal düzeyde faydası bölünmeyen, bireysel tüketime konu edilmeyip kollektif tüketime bedelsiz olarak sunulan esas itibarıyla vergi gelirleri ile finanse edilen mal ve hizmetler*" şeklinde tanımlanmaktadır.

Kamusal mal ve hizmetler için yapılan tanımlardan hareketle iki kriter ön plana çıkmaktadır. Birincisi, özel bir maldan farklı olarak, birden fazla kişinin aynı anda bir kamu malından fayda sağlamasıdır. Kamu malı tüketiminde rekabet yoktur. Bu bir kişinin, diğerleri için mevcut olan miktarı azaltmadan malın tüketimini artırmasına izin vermesidir (Santerre, Neun 2010:251). İkincisi; dışlanamazlık, ödeme yapmayanların tüketimden dışlanmasının mümkün olmadığı anlamına gelir ki ödeme yapmayan bireyleri bir kamu malının faydalarından mahrum bırakmak maliyetlidir (Zweifel vd.1997:157).

Mills ve Gilson (1988) çalışmalarında sunmuş oldukları gölet temizliği örneği ile bazı bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasında sadece bireysel faydanın değil toplumsal faydanın da sağlandığı vurgulanmışlardır. Buna göre çevresel olumsuzlukların giderilmesi, sıtma hastalığının kontrol altına alınmasını sağlar. Böylece toplumsal sağlık iyileştirilmiş olur. Bölgede yaşayan herkes, başka kimsenin yararlanmasını engellemeden sıtmadan arındırılmış bir su kaynağına sahip olmuştur ki bu rakipsizdir. Ayrıca hiç kimse bu haktan mahrum bırakılamaz. Bireyler maliyete katkıda bulunmak zorunda kalmadan, fayda sağlamayı umduklarından dolayı bu tür programlar ve projeler piyasa tarafından yeterince uygulanamamaktadır (Wonderling vd. 2005:139).

McPake ve Normad (2008: 62) bir şekil yardımı ile (Şekil 1.5) sağlıkla ilgili birkaç müdahalenin, kamu malı özellikleri derecesini, iki boyutlu bir rakipsizlik ve dışlanamazlık haritası üzerinde temsili olarak göstermişlerdir. Çevre sağlığı hizmetleri ve halk sağlığı eğitimi kampanyaları, hem rakipsiz hem de dışlanamaz olması sebebiyle saf kamu malı olmaya yakın olan mallara örnektir. Tüketimdeki pozitif dışsallık, bir dereceye kadar rekabetsizlik anlamına gelebilmektedir. Piyasa başarısızlığı olan kamusal mallar ile dışsallık genellikle birbirinden ayrılsa da, kamu mallarının özelliklerinin derecelerini belirlemek daha yararlı olacaktır. Kanser tedavisi hem rakip hem de dışlanabilir olması bakımından özel bir maldır. Bağışıklama da nispeten kolayca hariç tutulabilir olduğu görülmektedir. Ancak bağışıklama, her ne kadar bu hizmetin toplumdaki bir grup insana aynı anda sunulmasının avantajları olsa da, dışlama kolaylığına baktığımızda kanser tedavisine göre biraz daha sola kaymaktadır.

Şekil 5: Kamu- Özel Mal Sürekliliği



Kaynak: McPake, Normand 2008: 62.

Sağlık alanında sunulan faaliyetlerin önceliği, bireylerde oluşan rahatsızlıkların tanı ve tedavisinin gerçekleşmesi, kişişsel olarak faydanın oluşmasıdır. Kişilere sunulan faydanın yanı sıra topluma sağlanan faydalar da söz konusudur. Halk ve çevre sağlığının sürekliliği için uygulanan temel ve koruyucu özellikteki sağlık hizmetlerinin tüketiminde rekabetin ve dışlamanın olmaması bu mal ve hizmetlerin kamusal ya da yarı kamusal mal olduğunu göstermektedir. Tüketimi toplum açısından faydalı olan mal ve hizmetlerin yanında tüketimi topluma zarar veren mal ve hizmetler de vardır. Devlet bu tür mal ve hizmetler ile ilgili kanuni düzenlemeler yapmaktadır. Örneğin, belli yaş gruplarında bağışıklık sağlanması amacıyla aşılama yapılması özellikle bebeklik ve çocukluk dönemlerinde, okullarda, iş yerlerinde çalışan personelin zorunlu ilk yardım sertifika almaları, tıbbi anlamda kullanılacak uyuşturucu maddelerin kullanımına izin verilirken alış-verişinin ve bulundurulmanın yasak olması gibi durumlar örnektir (Musgrove 2004: 35-40). Bu malların; bireysel ve toplumsal açıdan yeterli

biçimde üretilmemesi özellikle piyasa tercihlerine bırakıldığında refah kayıplarına neden olacaktır (Mutlu, Işık, 2012: 52).

1.6.2.Dışsallık

Dışsallık, herhangi bir ekonomik birimin refahı (fayda veya kâr), ekonomideki başka bir birimin (tüketici veya üretici) eyleminden "doğrudan" etkilenmesidir (Hindriks, Myles 2013:224). Bazen bir bireyin üretim veya tüketim faaliyetleri başka bir tüketicinin veya üreticinin refahını doğrudan etkileyebilir (Santerre, Neun 2010:251; Jack 1999:162). O zaman bir kişinin veya firmanın davranışının, uygun bir parasal bedel olmaksızın başka bir kişinin refahını veya başka bir firmanın karlılığını etkilenmesi dışsallık olarak ortaya çıkar (Leach 2004: 99). Dışsallık devlet müdahalesini gerekli kılan bir piyasa başarısızlığıdır (Susam 2019: 99).

Bir piyasa işlemine doğrudan dahil olan taraflarca tüm maliyetler ve faydalar tamamen içselleştirilir ve işlemde yer almayan diğer taraflar ise bu durumdan etkilenmez. Örneğin, şiddetli bir diş ağrısı şikayeti olan bir hasta, diş hekiminden aldığı sağlık hizmeti sonucunda tedavi olarak önerilen diş çekimini sigortası olmadığı için ücret karşılığı bu tedaviyi yaptıracaktır. Rekabetçi bir piyasada, ödenen ücret, bireyin ağrıdan kurtulmasıyla elde ettiği marjinal faydayı ve diş hekiminin ise bu hizmeti sağlamasının marjinal maliyetini yansıtacaktır. Böylece, tüketici ve üretici piyasa işleminin faydalarını ve maliyetlerini içselleştirmiş olup, verimli bir işlem gerçekleşmiş olacaktır. Çünkü her iki taraf da daha iyi durumdadır. Aksi bir durumda ise sağlık hizmeti gerçekleşmemiş olacaktır.

Dışsallıkta yer alan fayda ve maliyet, mal veya hizmetin piyasada oluşan fiyatı içerisinde yer almamaktadır. Çünkü dışsallıktaki fayda, özel faydanın yanında toplumsal faydayı da içermektedir. Aynı durum maliyet için de geçerlidir. Firmanın özel maliyetinin yanında topluma yayılan maliyeti söz konusu ise dışsallık vardır. Buna göre pozitif dışsallık birinci durum, negatif dışsallık ise ikinci durumdur. Topluma yayılan fayda ve maliyetler kamu malı niteliğinde olduğundan piyasada meydana gelen fiyat bu fayda ve maliyetleri kapsamayacaktır. Pareto optimallik koşullarından "fiyat=marjinal maliyet" kuralına zarar verdiği için piyasa üretim düzeyi negatif dışsallık durumunda toplumsal optimum üzerinde, pozitif dışsallık durumunda ise toplumsal optimumun altında oluşur (Kirmanoğlu 2017:158). Sağlık hizmetlerinde bir tarafın tüketim veya üretim davranışının başka bir tarafı etkilemek için yayıldığı çok sayıda örnek vardır. Bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama, sigara kullanımı, antibiyotik v.b ilaçların bilinçsizce kullanımı, kanalizasyon ve drenaj gibi halk sağlığının devamlılığını sağlamak ve hastalık önlemlerin alınması, bu konuda en sık verilen örnekdir (Mills, Gilson 1988: 28).

Pozitif dışsallıklar[1], mal/hizmetin alıcı ve satıcı dışındaki üçüncü taraflara sağlanan, fiyatlara yansıtılmayan faydalarıdır. Satıldıklarında pozitif dışsallıklara neden olan malların alıcıları ve satıcıları, üretilen her birimin başkalarına fayda sağladığını düşünmezler (Hyman 2014: 92). Üçüncü taraflara fayda sağlayan dışsallıkların yararlı etkilerini artırmak için orijinal işlemi sübvanse ederek veya başka bir şekilde destekleyerek devlet tarafından teşvik edilmektedir (Davis, McMaster 2017: 6). Sağlık hizmetlerinin kullanılmasından dolayı meydana gelen özel faydanın yanı sıra sosyal fayda da oluşmaktadır. Özellikle salgın hastalıkların meydana geldiği dönemlerde çocukluk dönemlerinden başlayarak aşılamaların uygulanması, sağlıklı nesillerin oluşması için sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi ve eğitimlerin verilmesi halkın bilinçlenmesi gibi birçok diğer koruyucu sağlık hizmetleri pozitif dışsallığa örnek verilebilir.

Grafik 1' de salgın bir hastalık olan kızamık hastalığına karşı bir bireye uygulanan aşının bireye sağladığı fayda düzeyi ile muhtemel tüketim miktarını göstermektedir. Kızamık aşısı için talep eğrisi (Marjinal Özel Fayda) ve piyasa arz eğrisi (Marjinal Özel Masraflar) kesiştiği B noktasında, üretim seviyesi Q olarak belirlenmiştir. B noktasında kızamık aşısının topluma olan marjinal sosyal maliyeti ile kızamık aşısını olan bireyin elde etmiş olduğu marjinal özel fayda birbirine eşittir. Kızamık aşısının üretim miktarı, marjinal özel faydanın yanında toplumsal açıdan sosyal faydayı da oluşturduğu için toplumsal optimumun altında kalacaktır.

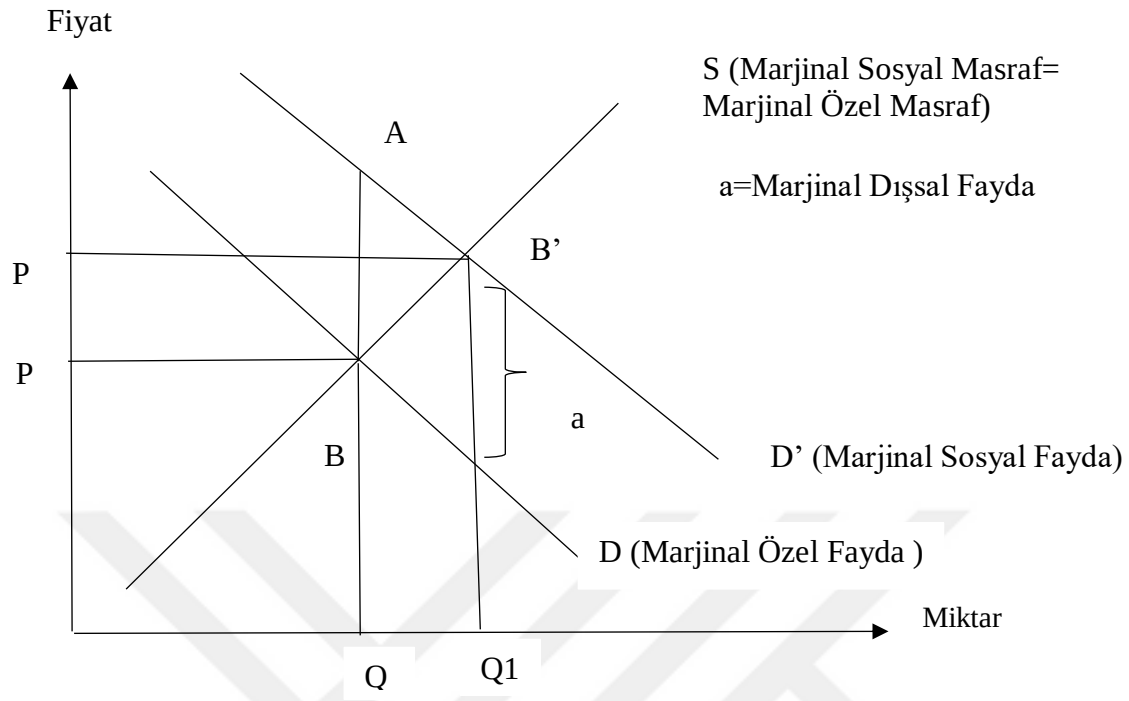
Marjinal Özel Fayda + Marjinal Dışsal Fayda = Marjinal Sosyal Fayda

Marjinal Sosyal Fayda > Marjinal Sosyal Masraflar

Eğer a miktarı kadar devlet tarafından (sübvansiyon gibi) bir düzenleme yapılırsa o zaman talep eğrisi sağa kayacak ve üretim miktarı QQ1 kadar artacak denge noktası B' olacaktır. Bu noktada toplumsal optimum sağlanmış olur. Burada net toplumsal kazanç ABB' üçgeni alanı kadar olacaktır. Tam tersi durum ise toplumsal maliyeti gösterecektir.

[1] Sağlık hizmetlerinin sunumu sadece bireysel değil aynı zamanda toplumsal faydası olan bir hizmettir. Çok yakın bir zaman diliminde Birleşik Krallık'ta kızamık vakalarındaki artış yaşanmıştır. Medyada yer alan kızamık aşısının bazı çocuklara yönelik olası tehlikelerine ilişkin ortaya atılan haberler doğrultusunda aşılama oranlarında düşüş yaşanmasıyla, aşı olmanın özel yararının yanı sıra toplumsal faydası gözden düşürülmüştür. Oysaki aşılar vasıtasıyla çoğu çocuk kızamığa karşı çok yüksek bir bağışıklık kazanacak ve böylece hastalığın kötü etkilerinden korunmuş olacaktır. Aşının bazı çocuklarda görülen yan etkilerinin uzmanlar tarafından incelenmeye alınmasıyla toplumsal fayda devam edecektir. Bulaşıcı hastalığın önlenmesi için uygulanan aşının toplumsal faydası yan etkisinden ötürü görmezden gelinirse, ortadan kaldırılan bir bulaşıcı hastalığının tekrar hortlamasına neden olacaktır. Aşılama oranı düştükçe, Birleşik Krallık'ta kızamık hızla yeniden ortaya çıktı ve geleneksel olarak düşük kapsama sahip ve 'sürü bağışıklığına' bağlı daha izole topluluklar için özel bir tehdit oluşturmaya başladı (İngiltere ve Galler'deki doğrulanmış vakalar 1998'de 56'dan 2007'de 971'e yükselmiştir.). Aşıların sadece özel fayda değil toplumsal açıdan da fayda sağladığı gözlemlenmiştir (Guinnes, Wiseman 2011:122-130).

Grafik 1: Pozitif Dışsallığa Bir Örnek: Kızamık Aşısı



Kaynak: Guinness, Wiseman 2011:122-130

Dışsal maliyetler olarak da adlandırılan negatif dışsallıklar, piyasa fiyatına yansımayan bir kalemin alıcıları veya satıcıları dışındaki üçüncü şahıslara olan maliyetleridir (Hyman 2014: 92). Üçüncü şahıslar için maliyetli olan dışsallıklar (örneğin, kirlilik) negatif dışsallıklardır. İşlemin taraflarını yayılma maliyetini üstlenmeye zorlamak için devletin vergilendirmesi veya işlemi düzenlemesi yoluyla bunlar azaltılmalıdır (Davis, McMaster 2017:6). Burada oluşan maliyetler firma tarafından içselleştirilemeyen hem diğer firmalara hem de topluma yayılan dışsal maliyetlerin olduğu durumdur. Negatif dışsallık sonucu oluşan olumsuzlukları ödemeyen firmaların marjinal özel maliyetleri, marjinal sosyal maliyetlerinin altında kalmaktadır. Bu durumda kaynak tahsisinin etkinliği bozulmakta ve firmalar gereken optimal miktarın üzerinde üretim gerçekleştirmektedirler (Kirmanoğlu 2017:160; Dewar 2017:75).

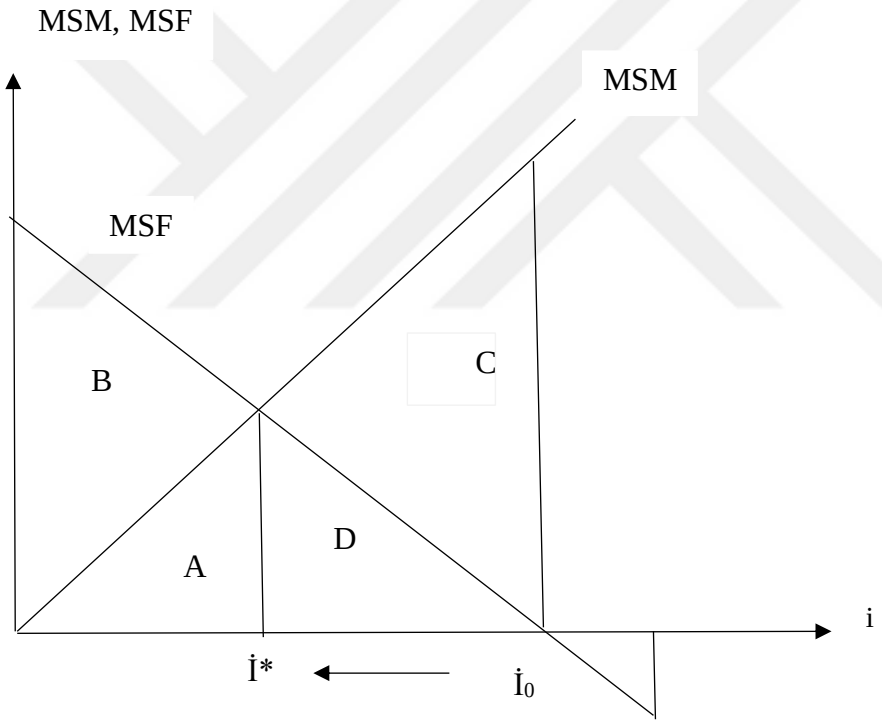
Grafik 2'de negatif dışsallığa örnek olarak sigara (veya alkol) tüketimi verilmektedir. Çünkü tüketimi dışsal tüketim maliyetlerine yol açabilmekte ve tüketimleri bireysel sağlık üzerindeki etkilerinin yanı sıra pasif içicilik (veya antisosyal davranışlar) açısından toplumun geri kalanı üzerinde de olumsuz etkiler oluşturabilmektedir (Dewar 2017:76). Grafik 2'de yatay eksende gösterilen "i" nüfusu gösterir. Sigara kullananların maliyeti, sigara kullanmayanlara yüklenilen maliyetlerin toplamı marjinal sosyal maliyeti (MSM) artırır. Fakat sigara kullanan kişi sayısı artıkça marjinal fayda azalacaktır. Her hangi bir müdahalenin olmadığı yani sigara kullanımının serbest olduğu rekabetçi piyasada sigara kullanımının optimal noktası "i_0"dır.

Bu noktada sigara kullanma ile kullanmama arasında her hangi bir fark yoktur. Toplum açısından optimal noktadan uzaklaşmanın maliyeti D ve C alanı kadar kısım olacaktır. Oluşan bu aksaklığın çözümünü rekabetçi piyasa ile gerçekleştirmek mümkün olmayacaktır. Sigara içilen alanlar ve sigara kullanımı için yapılacak düzenlemeler, sigara kullananların sayısını i* indirmesiyle D ve C alanı kadar sosyal fayda artırmış olacaktır. Negatif dışsallığın oluşmasındaki durum şu şekildedir:

Marjinal Özel Maliyetler + Marjinal Dışsal Maliyetler=Marjinal Sosyal Maliyetler

Marjinal Sosyal Maliyetler > Marjinal Sosyal Fayda

Grafik 2: Negatif Dışsallığa Bir Örnek: Sigara Kullanımı



Kaynak: Jack 1999: 167.

Negatif dışsallıkta marjinal sosyal maliyet marjinal sosyal faydadan büyüktür yani toplum tarafından katlanılan maliyet, marjinal kişisel maliyetlerden fazladır. Negatif dışsallıklar ile ortaya çıkan olumsuz etkilerin kontrol altına alınmasında devletin uyguladığı politikaların (önlemler, kısıtlamalar ve ceza uygulamaları) önemi büyüktür.

1.6.3. Asimetrik Bilgi Problemi

Neoklasik iktisat yaklaşımının temel varsayımlarından biri de piyasada bulunan herhangi bir mal ya da hizmetin fiyatı ve kalitesi hakkında tüm alıcı ve satıcıların eksiksiz bilgiye sahip olmamasıdır. Taraflardan biri diğerine göre daha fazla bilgiye sahip ise tam rekabet şartları ortadan kalkar ve piyasa başarısızlığına neden olan asimetrik bilgi durumu ortaya çıkar. Tam olarak asimetrik bilgi[2], piyasada faaliyet gösteren taraflardan birinin, faaliyet üzerinde diğerine göre daha fazla bilgiye sahip olması ya da farklı bilgiye sahip olması neticesinde faaliyet üzerinden farklı kazanç sağlaması durumudur (Phelps1997:6; WHO 2013:16). Böylece taraflar arasında güç dengesizliği ortaya çıkmaktadır. Fiyat mekanizmasının etkin çalışmaması taraflardan birini olumsuz etkileyecektir. Özellikle satıcılar, sattıkları malın özelliklerini alıcılardan çok daha iyi bilirler ve bu nedenle düşük kaliteli bir malı yüksek bir fiyata satarak bu bilgisel avantajdan kar elde etme eğiliminde olurlar (Hindriks, Myle 2013:297; Wonderling, vd. 2005:144; Susam 2019:114). Ağırlıklı olarak sigortacılık, konut piyasaları ve finans piyasaları gibi piyasalarda asimetrik bilgi problemi (sadece sağlık sigortası piyasasına özgü bir piyasa başarısızlığı değildir) vardır. Asimetrik bilgi problemi aynı zamanda sağlık bakım hizmetlerinde de yer alan bir piyasa başarısızlığıdır (Guinnes, Wiseman 2011:131).

Asimetrik bilgi [3]genelde hasta aleyhinedir. Tablo 1'de sağlık hizmetini sunanlar, alanlar ve finanse edenler arasındaki asimetrik bilgi durumunda ortaya çıkan piyasa başarısızlıkları gösterilmektedir. Doktor ile hasta, doktor ile ödeyenler ve hasta ile ödeyenler arasındaki ilişkinin bilgi eksikliğinden dolayı olması gereken verimlilikte olmadığını ifade edilmektedir (Guinnes, Wiseman 2011:131-132).

Tablo 1: Asimetrik Bilgi ile İlişkiler

Bilgilendirilmiş Grup	**Bilgilendirilmemiş Grup**	**Piyasa Başarısızlığı**
Hasta	Ödeme yapanlar *	-Ahlaki tehlike(Tüketici) -Ters Seçim
Doktor	Hasta	Eksik (Kusurlu) Aracı

[2] Nobel ödüllü George A. Akerlof'un 1970 yılında yayınladığı "The Market For Leomans: Qualitiy, Uncertainty and Market Mechanism" adlı makalesi ile asimetrik bilgi sorununu iktisat literatürüne katkı sağlamıştır.

[3] Mushkin(1958:787) "Toward a Definition of Health Economics" isimli çalışmasında tüketicilerin kalite hakkında bilgi eksikliğinin tıbbi pazarlarda pazar başarısızlığına nasıl yol açabileceğini incelemiş ve şu şekilde ifade etmiştir; "... *onlar [tüketiciler], gereken sağlık hizmetlerinin niceliği ve kalitesi hakkında önemli ölçüde doğru bilgiden yoksun olduklarını ortaya koyuyorlar. Tıbbi hizmetin kendisinin doğası ve somut olmayan karakteri, tüketicinin satın alma işlemleriyle ilgili bilgi eksikliğini pekiştiriyor, ve kaynakların tahsisine rehberlik edebilecek rasyonel bir seçimi engellemektedir*" (Haas-Wilson 2001:1031).

Doktor	Ödeme yapanlar *	Ahlaki tehlike (Sağlayıcı) (tedarikçi kaynaklı talep)

*Ödeyenler; özel sigortacılar, sosyal sigorta sistemi veya devlet olabilir.

Kaynak: Guinness, Wiseman 2011:132.

Sağlık hizmetlerinde doktor-hasta ilişkisine bakıldığında hastanın isteği öncelikle ortaya çıkan hastalığın tanısı, tedavi edilmesi ve tedavi sonrası ortaya çıkan iyi olma halinin devamının sağlanması şeklinde olacaktır. Sağlık alanında gelişen teknoloji tedavi sürecinde ilerlemeye yardımcı olacaktır. Öncelikle hastaların tedavisi için gerekli bilgi akışı önemlidir.

Hasta ile doktor aralarındaki bilgi eşitsizliğinin farkındadır. Hastanın rahatsızlığı grip gibi mevsimsel bir şey ise kendisi doktor yerine geçerek bu bilgi eşitsizliğini azaltacaktır. Ancak hastalık kalp, şeker ve romatizma gibi kronik bir hastalık ise doktora ihtiyaç duyulacağı için asimetrik bilgi ortaya çıkacaktır. Asimetrik bilginin ortaya çıkmasındaki başka bir yön, tedavi esnasında doktorun hastanın hastanede yatma süresini, kullanılacak ilaç ve ameliyat olma durumunu bilmesidir. Hasta dezavantajlı taraf olarak herhangi bir seçme imkanı olmadan ya da pazarlık yapmadan durumu kabullenecektir (Smith 2003:4; Mutlu, Işık 2012: 56-57). Bilgi sahibi olması adına sağlık alanında, hastanın da (doktor kadar olmasa da) toplumun da bilinçlenmesi gerekmektedir. Devlet tarafından sübvanse edilen sağlık bilgilendirme kampanyaları bilgi sahibi olunması açısından önemlidir (Zweifel, vd.1997: 155-163).

Sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi doktora ya da sağlık hizmeti sunana hastayı kandırmasına olanak sağlayarak kazanç getirebilecek bir durumdur. Bu sadece sağlık hizmetlerine mahsus bir durum değildir. Diğer piyasalarda da ortaya çıkabilecek bir durumdur. Arrow (1963)'a göre, doktor-hasta ilişkisi üzerinde durulması gereken bir konudur. Ayrıca Arrow (1963) doktorların almış oldukları eğitim, çalıştıkları kurumlarında ki profesyonellikleri ve sorumluluk anlayışıyla bu ilişkide denge noktası oluşturduğunu belirtmektedir. Çünkü her hastanın eğitim düzeyi, demografik yapısı (çocuk, genç ve yaşlı) ve sosyal statüsü farklı olacaktır (Mutlu, Işık 2012: 56-57).

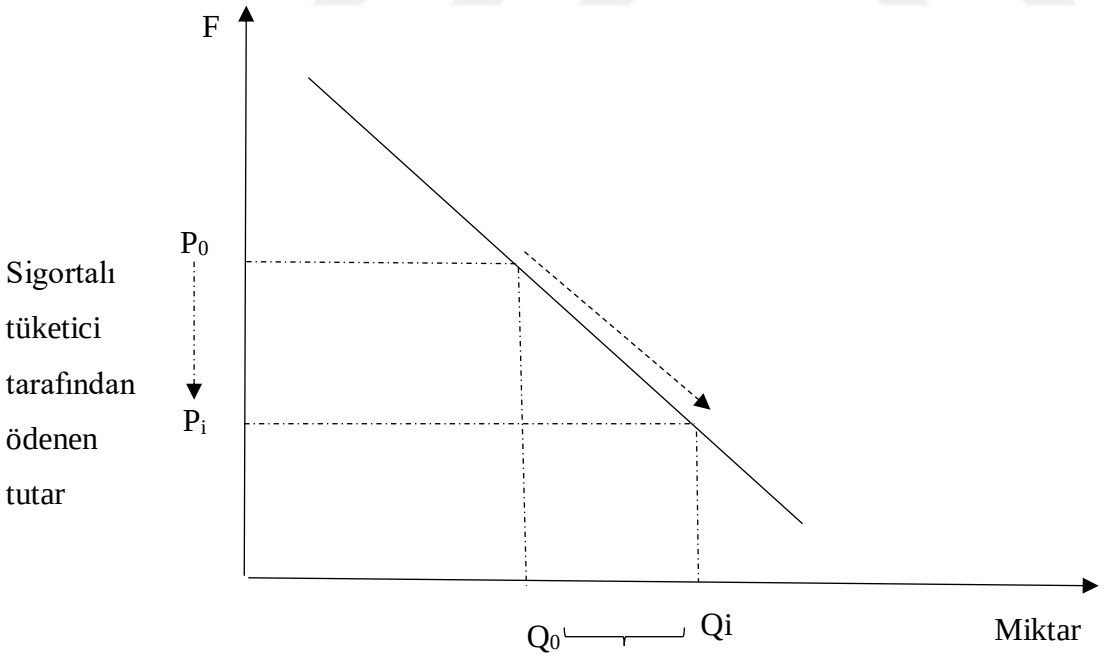
Bilgi eksikliğine dayanan sorunların temel iki kaynağı mevcuttur. Bunlar, ters seçim ve ahlaki tehlikedir. Ters seçimi, Akerlof [4] makalesinde ikinci el araba piyasası "limon piyasası" işleyişi şeklinde ifade edilmiştir. Diğer piyasalar içinde geçerli olan ters seçim özellikle sağlık sigortasında ortaya

[4] Asimetrik enformansyon, ikinci el araba piyasası ile örneklendirilmektedir. Piyasada var olan iyi ve kötü arabalar hakkında alıcıların yeterli bilgiye sahip olmaması nedeniyle belirledikleri ortalama fiyat, kötü araba sahipleri için olumluyken, iyi araba sahipleri için olumsuz bir durumdur. Bu durumda, iyi otomobil sahipleri piyasadan çıkar. Dolayısıyla piyasa kötü arbalara kalacağı için, bu durum fiyat oluşumuna etkiler (Akerlof, 1970).

çıkmaktadır. Buradaki problem sigorta şirketlerinin çok riskli kişiler ile düşük riskli kişiler hakkında tam bilgiye sahip olmamasıdır. Bu da prim düzeylerinin belirlenmesinde ortalama bir fiyat uygulamasını ortaya çıkarır. Bu ortalama fiyatı düşük riskli olan kişiler fazla olduğunu belirterek piyasadan ayrılırken yüksek riskli kişiler için ise tam tersi olacaktır. Bu da piyasadaki talep yapısının bozulmasına neden olacaktır. Bu durum piyasa başarısızlığıdır (Susam, 2019:114).

Ahlaki tehlike, ortaya çıkan bilgi eksikliği durumunun daha çok alıcı davranışlarının, satıcı tarafından önceden bilinmemesinden kaynaklanan bir durumdur. Sağlık sigortası olan birinin en ufak şikayette muayene olmak istemesinin yanı sıra bilinçsizce ilaç kullanmasına neden olacaktır. Bu da sigorta şirketlerinin maliyetini artıracak ve sigortalının bu davranışı piyasaların aksamasına neden olacaktır. Sağlık sigortası olan bir kişinin, sigortası olmayan birine göre boğaz ağrısı nedeniyle doktora gitme olasılığı daha yüksektir. Sigortalı bir kişinin sigortasız bir kişiye göre daha güzel ve daha pahalı bir hastane seçme olasılığı da daha yüksektir. Bu davranış değişikliğinde ortaya çıkan kayıptaki artış ahlaki tehlikedir. Bu davranış değişikliklerinin bir biçimi, Grafik 3'te görülmektedir. Sigortası olmayan kişilerin doktora ödeyeceği fiyat P_0 olacaktır. Sigortalı hastanın, sigortası, maliyetlerin yüzde 80'ini karşılarken, bir hastanın kişisel olarak ödemesi gereken net "fiyat" (Pi) yani gerçek fiyatın yalnızca yüzde 20'sidir. Bu nedenle tüketim Qi'ye yükselecektir (Getzen 2013: 81-82).

Grafik 3: Ahlaki Tehlike



Sigorta nedeniyle tüketimde "ahlaki tehlike" artışı

Kaynak: Getzen 2013: 82.

Sağlık piyasasındaki aktörlerin, bireylerin ve sigorta kuruluşlarının arasında tam bilginin sağlanamamasından dolayı ahlaki tehlike ve ters seçim sorunları yaşanmaktadır. Tablo 2'de bu durumu göstermektedir. Özellikle sigortalı olan bireylerin sağlık kuruluşlarından almış oldukları hizmet gerekli değil ise hem maliyette hem de tüketimde artışa sebep olur. Bireysel fayda sağlanmış olsa bile sosyal refah artışı değil azalması olacaktır.

Vergilendirme, maliyet paylaşımı ve zorunlu katkı payları gibi politikaların uygulanmasıyla maliyet artışlarından dolayı oluşacak israfın önüne geçilmiş olur (Bilgili, Ecevit 2008:215).

Tablo 2: Sağlık Hizmetleri Bilgi Problemi, Sağlık Piyasasına Etkileri ve Politikaları

Piyasa Başarısızlıkları	Problem	Etkiler	Politikalar
Ahlaki Tehlike	Sağlık hizmetlerine olan talebin marjinal maliyeti, hastalarda sıfır ya da çok azdır.	Kişilerin talepleri artmaktadır. Maliyetlerde ve tüketimde yükselişe sebeptir.	Maliyet paylaşımı, Vergileme
	Piyasa aktörleri arasında asimetrik bilgi vardır.	Sağlık hizmetleri aşırı tüketilmektedir. Bireysel faydaya katkı sağlanırken toplumsal refah azalmaktadır.	Maliyet paylaşımı, Vergileme
Ters seçim	Kişiler ve sigorta şirketi arasında asimetrik enformasyon söz konusudur.	Ortalama risk primi kullanılması büyük risk grubundaki kişilerin sigortadan daha çok faydalanmalarını sağlamaktadır.	Zorunlu katkılar, Vergileme

Kaynak: Bilgili, Ecevit 2008: 215.

Sonuçta hem tüketici davranışlarının tahmin edilememesiyle ilgili bilgi eksikliği hem de genel olarak alıcı-satıcı arasındaki ilişkiden doğan durumda ortaya çıkan bilgi eksikliği piyasanın aksamasına neden olacaktır. Bilgi eksikliğinin giderilmesi, gerekli devlet düzenlemeleri ve bunların denetlemesiyle piyasaların etkin çalışması sağlanabilir. Özellikle her zaman gerekli olan sağlık sektörünün daha verimli çalışabilmesi için önemlidir. Sağlık konusunda bilinçlendirilmiş yani sağlık hizmetli sunumunda sağlık personeline karşı davranışlardan başlayarak sağlıklı yaşam ile ilgili eğitimlerin devlet desteği ile düzenlenmesi asimetrik bilgi problemini çözecektir.

1.6.4. Belirsizlik Altında Seçim

Klasik iktisat modelinde Adam Smith; serbest ticaret ve rekabetin, kaynakların mümkün olan en iyi şekilde tahsis edilmesiyle en iyi fiyat ve kalite düzeyleri oluşacağını ifade etmiştir. Sosyal açıdan istenilen bu amaç, teorik olarak her kişinin kendi kişisel çıkarının peşinde koşmasıyla oluşur. Bu sürecin belirli endüstrilerde sosyal olarak faydalı etkileri olabilir, ancak sağlık hizmetlerinde karşılaşılan zorlukların arasında yer alan belirsizlik hem tüketici hem de üretici açısından yapılan hizmeti zorlaştırmaktadır (Roemer,1988;s:426).

Bireylerin sağlık hizmetleri ile ilgili nasıl bir talebinin olacağı, bunun ne zaman gerçekleşeceğini ve ne şekilde olacağını ya da tıbbi tedavide ortaya çıkacak durumların sonuçlarının neler olacağı kesin belli değildir. Sağlık hizmetlerinde belirsizlik mevcuttur. Bu durum hem hasta hem de sağlık personeli için geçerlidir. Tüketici kendisi açısından ihtiyacın ani, beklenmedik ya da pahalı olması gibi nedenlerle tüketim konusunda belirsizlik yaşarken, sağlık hizmeti sunan sağlık personeli de (doktor, tekniker ve hemşire gibi) tedavi sonuçlarını kesin bilmediklerinden belirsizlik yaşayacaktır (Folland, vd. 2013:197).

Arrow (1963:946) çalışmasında risk ve belirsizliğin tıbbi bakım açısından önemli unsurlar barındırdığını, sağlık sektörünün tüm özelliklerinin, belirsizliğin yaygınlığından kaynaklandığını ifade etmektedir.

Phelps (1997:3) çalışmasında sağlık sektörüne ait belirsizliğe iki açıdan değinir. Buna göre kişiler ilk olarak: kalp krizi, kol kırılması ve doğum gibi bariz sağlık sektörünü ilgilendiren konularla hastaneye başvururlar. İkinci olarak ise "Ben hasta mıyım?" ya da "Neden bu kadar bitkin ve yorgunum?" gibi durumların yanıtını almak için sağlık kurumlarına başvururlar. Bu da sağlık konusunda tam bilgi sahibi olunmamasından kaynaklı, tüketicinin tam kararını veremediği bir duruma dönüşmektedir.

Sağlık sektöründe sunulan hizmetler genellikle teşhis ve tedavi geliştikçe ortaya çıkmaktadır. Doktorun hasta ile ilgili verdiği kararlar yani neyin bulunduğuna ve hastanın nasıl tepki verdiğine bağlıdır (Light 1997:299). Tüm sağlık hizmetlerinde hasta belirsizliği dört noktada gerçekleşmektedir:

(a) Hastalar sıklıkla tıbbi tedavi almanın maliyetini hesaplayamayacaklardır.

(b) Aldıkları bakımın kalitesi konusunda genellikle bilgisizdirler

(c) Adil sigorta elde edilemeyebilir.

(d) Ahlaki tehlike, optimal bir sigorta fiyatlandırma yapısını engellemektedir (Culyer 1971:194).

Sağlık sektörünün gelişimi ile ilgili politikaların uygulanmasının yanı sıra hastaların tıbbi tedavi konusunda, maliyetler konusunda ya da sağlık hizmetlerinin kalitesi konusunda bilinçlense bile sağlık sektöründe yaşanan belirsizlik devam edecektir. Çünkü toplumda yaşayan bireylerin sosyo-kültürel, demografik yapısı ve eğitim düzeyi gibi farklılıklar belirsizlik üzerinde etkili olacak faktörlerdir.

1.6.5. Arz ve Talebin Önceden Belirlenememesi

Sağlık hizmetleri piyasasında arz ve talep dengesizliğinin sebebi öncelikli olarak arz piyasasında (ilaç firmaları, sağlık personeli, sağlık kuruluşları gibi) oluşturulan örgütlü davranışlardır. İkinci olarak ise sağlık hizmeti alanların kalite ve fiyat konusunda talep baskısı oluşturamamasından ortaya çıkmaktadır (Köse 2021:142). Sağlık sektöründe, hizmete duyulan ihtiyacın ne zaman ortaya çıkacağı veya hizmetin ne kadar miktarda arz edileceğinin belirlenmesi zordur. Sağlık hizmetlerinde bazı durumlar (doğum gibi) dışında çoğu hastalık ve risklerin önceden belirlenmesi mümkün olmayacaktır. Hastalık risklerin önceden tespiti için uygulanan (devletin uyguladığı ücretsiz kanser tarama ya da ilkokul çağındaki çocuklarda diş ve göz taramaları, salgın hastalıklara karşı aşılama programları) politikaların önemi büyüktür. Çevre kirliliği neticesinde ortaya çıkma riski olan hastalıkların önlenmesi ve bunlar için uygulanacak arz miktarının belirlenmesi de mümkün değildir (Mutlu, Işık 2012:58).

1.7. Sağlık Hizmetlerinde Finansmanın Kapsamı

Sağlık hizmetlerinin karşılanmasında kullanılan finansman modelleri, beşeri sermayenin oluşumu ile gelir düzeyini etkileyen önemli konular arasında yer almaktadır. Özellikle toplumun istediği düzeyde sağlık hizmeti sunulması için finansman kaynakların kamu veya özel kesim tarafından verimli ve etkin bir şekilde temin edilmesi önemlidir. Dikkat edilmesi gereken nokta sağlık harcamalarının finansal riskine karşı, bireyleri sağlık hizmetlerindeki finansman modelleri ile koruyabilmektir (Gür, Kaya 2020: 37; Gökalp 2015: 141).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlık sektörü için kullanılacak finansal kaynakların harekete geçirilmesi şeklinde tanımlanır (İstanbulluoğlu, vd. 2010: 89). Sağlık hizmetlerinin finansmanı için hem birincil hem de ikincil kaynaklardan gelirlerin toplandığı, fon havuzlarında biriktirildiği ve hizmet sunucularının faaliyetlerine tahsis edilen bir süreçdir (Mariano 2010: 7). Gottret ve Schieber (2006) sağlık finansmanını, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli kaynakların sağlanması şeklinde tanımlar (Uğurlu, Özgen 2008:135). Daha geniş bir ifade ile sağlık hizmeti finansmanı, sağlık

hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının kaynaklarını, sağlık hizmeti almak isteyen bireylere sunması ve bunun karşılığında birey ya da sağlık finansmanı sağlayan kuruluştan bu hizmet karşılığını almasıdır (Mossialos, Dixon 2002: 2-3).

Sağlık finansmanı ile özel ya da kamu, toplumdaki bireylerin kişisel sağlık hizmeti alabilmesi ya da halk sağlığı hizmetlerine erişebilmeleri için finansman sağlamak ve finansman sağlayıcılarının doğru teşvikler sunmasıdır. Bireyin sağlık hizmeti alımında ödemede bulunmaması veya ödeme yapması sonucunda yoksullaşma ihtimalini azaltmak ya da ortadan kaldırmak anlamına gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO), ülkeler açısından sağlık finansman sisteminin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu yüzden sağlık güvencesinin herkese verilebilmesi gerekliliğini savunmaktadır. Herkes için sağlık hakkı ifadesinin oluşturulması için de yeterli, tedarik edilebilir, sürdürülebilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunulması gerekmektedir (WHO 2000: 95). Bu da ülkelerin kendi sosyal, kültürel ve ekonomik durumlarına göre adaletli ve kaynakları verimli kullanacak şekilde finansman modeli oluşturması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında ülkelerin uygulayacağı modelin yanı sıra sağlık hizmeti sunanlarında uyulması gereken ilkelere uygun bir şekilde hareket etmesini sağlamaktır. Bu ilkeler şu şekilde sıralanabilir: (Ateş 2013: 15).

- Adaletli olmak
- Daha düşük maliyetli kaynakların toplanması ve yönetimi
- Kaynak akışında sürekliliğin sağlanması
- Toplumun özümsemesi
- Hizmet sunucuları arasında rekabet ortamının kazandırılması
- Kaliteli hizmet verilmesinin teşvik etmesi

Sağlık hizmeti finansmanın üç temel işlevi bulunur. Bu işlevler gelirlerin birincil ve ikincil kaynaklardan toplanması, fon havuzlarında biriktirilmesi ve belirli sağlayıcıların belirli faaliyetlerine tahsis edilmesidir (Murray, Frenk 2000: 18). Finansman için gerekli olan gelir, öncelikle hizmet sunumu öncesinde toplanır, toplanan gelirler ihtiyacın finansal riskini azaltmak için havuzlanarak sigortalar oluşturulur ve üyelerin hizmetleri kullanımları karşılığında hizmet sunucularına aktarılır. Fon havuzlamada olduğu gibi, ödemede de kime ödeme yapılacağı bellidir. Fon havuzlama ve ödeme yapma genellikle birlikte olmalıdır (Ateş 2013: 13).

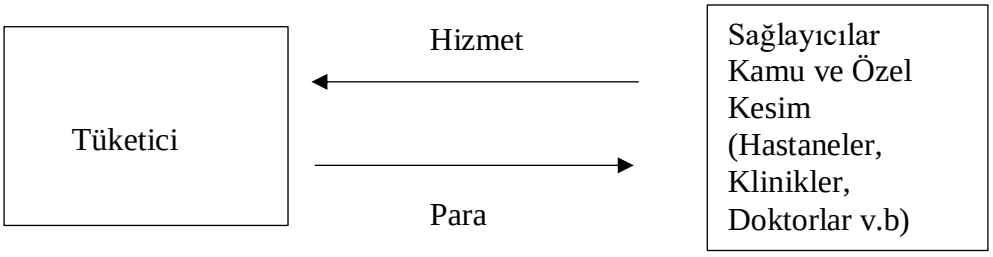
1.8. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan başlıca iki yöntem bulunmaktadır. Bunlar doğrudan finansman yöntemi ve dolaylı finansman yöntemidir.

1.8.1. Doğrudan Finansman Yöntemi

Doğrudan finansman yöntemi sağlık hizmetini, üreten birimlerden talep eden kişilerin ihtiyaçları doğrultusunda almış oldukları hizmet karşılığını yani bedeli doğrudan kendilerinin ödemesini içermektedir. Hizmeti sunan kamu, özel kurum ya da kişiye ücret ödemesini doğrudan hizmeti talep eden kişi yapmaktadır. Finansman yöntemleri sınıflandırılırken bir yönetimi doğrudan finansman yöntemi olarak sınıflandırılabilmek, üçüncü parti ödeyiciler diye isimlendirilen ödeme gruplarının olmadığı bütün ödeme (cepten yapılan ödemeler) şekli ile mümkün olmaktadır. Burada tüketici, kamu ve özel kesim tarafından üretilen sağlık hizmetlerinin bedelini ödeyerek satın almaktadır. Fiziksel, ruhsal ya da sağlıklı halin devamının sağlanması için gerekli olan hizmetin oluşturduğu mali yük tüketici tarafından sağlanmakta ve bundan dolayı hizmet talep edenler arasında bir risk paylaşımı gerçekleşmemektedir. Hastalığın türü yani yüksek risk içerip içermemesi harcamanın boyutunu da belirlemektedir (Mutlu, Işık 2012:288-290; Yardımcı 2020: 56).

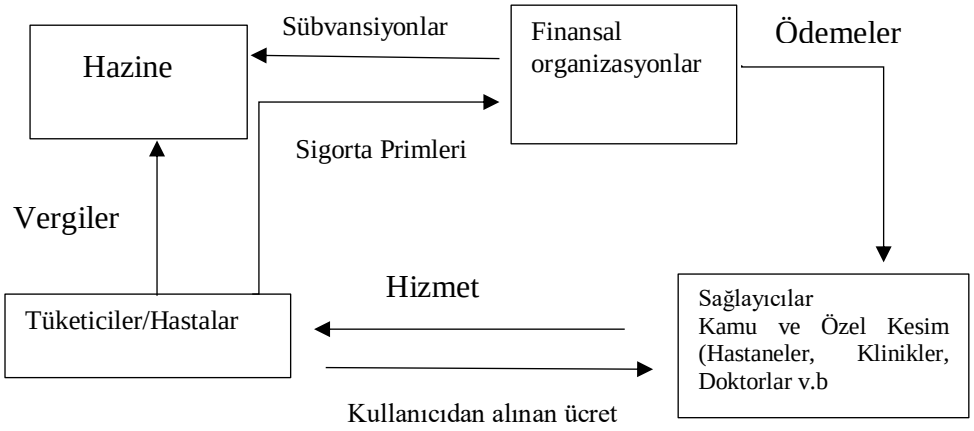
Şekil 6: Doğrudan Finansman Yönteminin (İkili Değişim Modeli) İşleyişi



Kaynak: William 1995:17.

Doğrudan finansman yönteminde, ikili değişim modelinin işleyişi Şekil 6 gösterildiği gibi gerçekleşmektedir. Burada bir tarafı tüketici yani sağlık hizmeti talep edenler diğer bir tarafta ise sağlık hizmeti sunan kamu ya da özel kesim sağlayıcılar yer almaktadır. Sunulan sağlık hizmeti karşılığında bir ücret ödeyerek tüketiciler doğrudan hizmet almaktadır. Bu yöntemin basit olması uygulamayı kolaylaştırsada yöntem sosyal yönden ele alındığında adil bir uygulama olamamaktadır. Doğrudan finansman yöntemi uygulamada çoğunlukla cepten ödeme şeklindedir.

Şekil 7: Doğrudan Finansman Yöntemi(Üçlü Değişim Modeli) İşleyişi



Kaynak: William 1995:17.

Doğrudan finansman yönetiminde, üçlü değişim modelinin işleyişi Şekil 7 yardımıyla incelenmektedir. Tüketiciler yani hastalar kamu ve özel kesim sağlık hizmeti sağlayıcısından sağlık hizmeti almakta olup ödeme şekilleri ödenen vergiler yanı sıra sigorta primleri, kullanıcıdan alınan ücretler ve hizmet finansmanı ile sağlanmaktadır (William 1995: 17-18).

1.8.2.Dolaylı Finansman Yöntemi

Sağlık hizmeti sunan ile sağlık hizmetini ihtiyacına göre talep eden tüketici arasındaki doğrudan ücret yani bedel ödeme durumu; dolaylı finansman yönetiminde üçüncü bir unsur olan ödeme kurumunun yer almasıyla çoklu bir yapıya sahip olmaktadır. Şekil 8'de de görüldüğü gibi kamu, yarı kamu ve özel finansal organizasyonlar, aracı mali kurumlar ve sağlık hizmeti üretim birimleri, tüketici ile devlet arasında karmaşık bir finansman yönteminin unsurlarıdır. Bu durum gelişmekte olan ülkelerde daha sade bir yapıda gerçekleşir. Bunun nedeni, sözkonusu ülkelerde mali aracıların az sayıda olmasının yanında yeterince gelişmemesi ve dar ölçüde özel kesim üretim birimlerinin olmasıdır. Ülkelerin kullanmış oldukları finansal sistem, gelişmişlik durumlarına göre karmaşık bir hale gelebilmektedir. Dolaylı finansman yöntemi genel olarak genel primler, tüketici katkıları ve bağışlarla finanse edilmektedir. Şimdi sırayla çalışanların, işverenlerin ve devletin finansmana katılmaları ele alınacaktır.

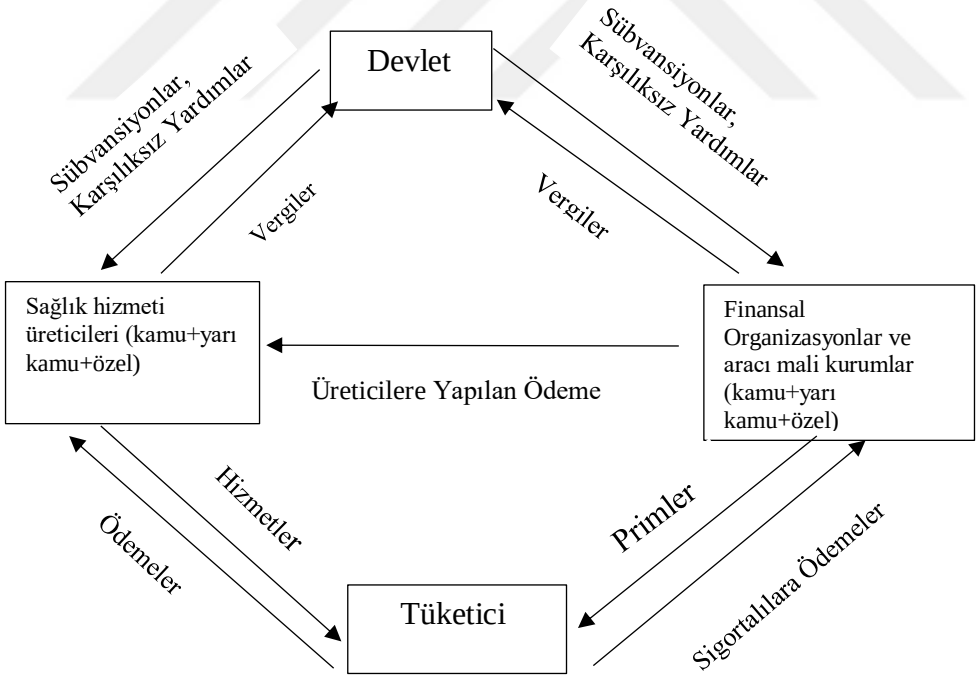
a. **Çalışanların Finansmana Katılmaları:** Tüketici olarak kabul edilen çalışanlar sağlık hizmeti almak amacıyla (dolaylı finansmanda) kurulmuş olan finansal ve mali aracılara sigorta primi ödeyerek sigortalı şeklinde bu finansman biçiminin ilk katılımcısı olmaktadır. Tam aksi durumda ise çalışanlar sağlık hizmetinin maliyetine kendileri katlanırlar. Çalışan bireyler ücretlerinden yapılan kesinti sayesinde sağlık hizmeti maliyetine tek başlarına katılmazlar. Bunun yerine fonda toplanan paralarla sağlık

harcamaları finanse edilir. Çalışanlar bu primleri ister özel ister kamu sosyal güvenlik kurumlarına doğrudan ya da işverenin yapmış olduğu kesinti vasıtasıyla aracı kuruma ödemede bulunur.

b. **İşveren Finansmana Katılması:** Uuygulamada işverenlerin sağlık hizmetleri finansmanına katılma oranları ülke sağlık sistemlerine göre değişmektedir. Bu sitem ile işverenler işçilerin ödemiş oldukları prime ek bir prim ödemesi yapar. Çalışanların verimini artırır ve üretimin artmasına olanak sağlar. Bu da bireylerin sağlık haklarına daha iyi ulaşmasıyla olacaktır. Bunun için işveren ek bir primle bu finansmana katılır.

c. **Devletin Finansmana Katılması:** Sağlıkta kaydedilen büyük ilerlemelerin gerçekleşmesinde, kamu payındaki artışın hayati bir önemi vardır. Kamu payının artması yani devletin finansmana katılması, vergiler ile finansman olarak ifade edilir. Devlet bu finansmanı gerçekleştirirken sahip olduğu kaynakları kullanırken, bunu doğrudan ya da zorunlu bir sigorta fonu kurarak gerçekleştirir (De Ferranti 1985:4; Murray, vd. 1994:625; Mutlu, Işık, 2012:288-290).

Şekil 8: Dolaylı Finanasman Yönetiminin (Çoklu-Karmaşık Yönetim) İşleyişi



Kaynak: Mutlu, Işık 2012: 293

1.9. Sağlık Hizmetleri Finansmanın Fonksiyonları

Çeşitli sağlık hizmetlerinin mevcut olduğu sağlık sistemlerinde, ne tür hizmetin hangi şekilde sunulacağını etkileyen iki unsur vardır. Bunlar sağlık hizmetlerinin finanse edilme tarzı ve sağlayıcılara nasıl bir ödeme yapıldığıdır. Ödeme için kullanılan temeldeki mekanizmalar ya girdi ya da çıktıya dayalıdır aynı zamanda birçok girdi veya çıktı mekanizmasının karması da mevcuttur (van Olmen, vd. 2010: 53-55). Sağlık hizmetlerinin finansmanın oluşmasında hem kaynaklar hem de katkı mekanizmaları önemlidir. Çünkü ülkelerin kullandıkları finansman modelleri farklıdır. Bunun nedeni sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerin her ülkede farklı olmasıdır.

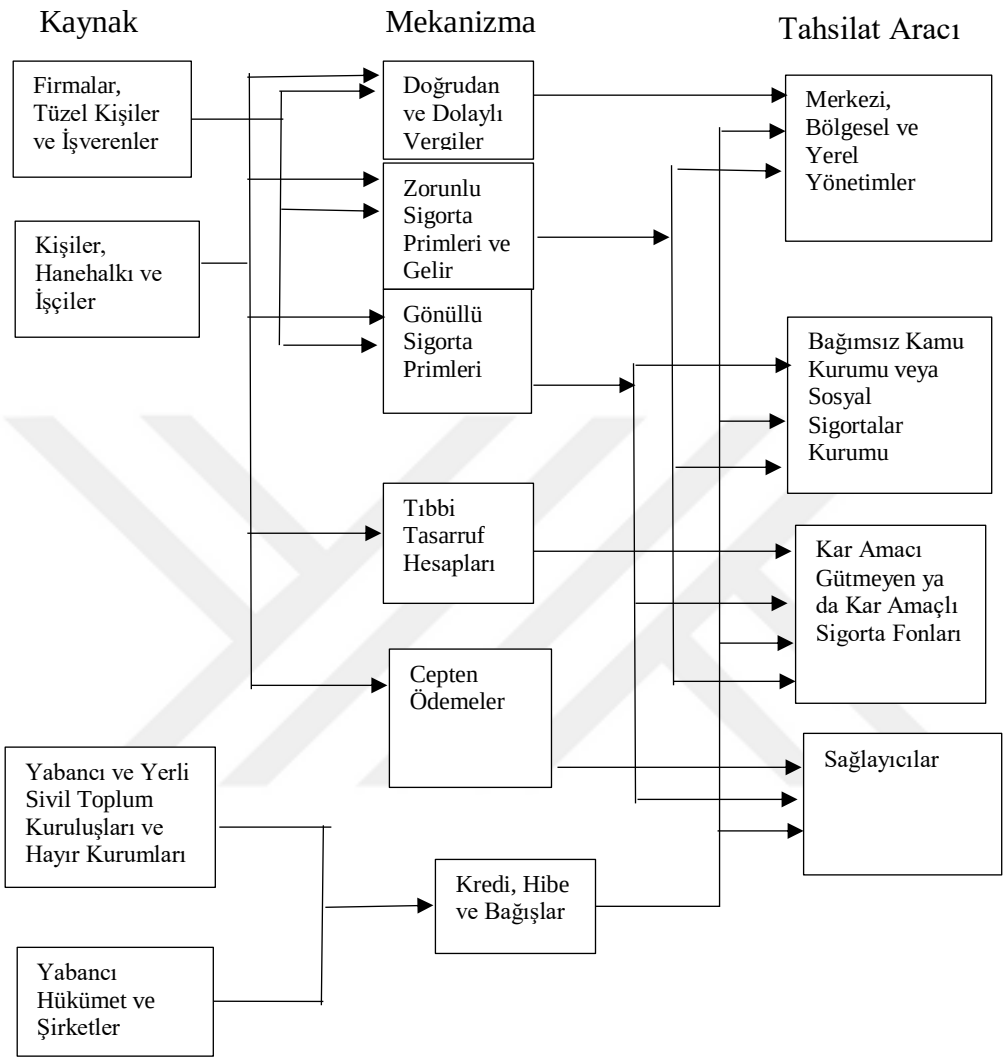
Birbirini izleyen belli süreçleri içeren sağlık hizmetleri finansmanının fonksiyonları gelir toplama, risk (fon) havuzlama ve satın alma (geri ödeme) şeklinde ifade edilmektedir (Aslan 2021:316). Bu fonksiyonların içerisin de şunlarda barınır: sağlık hizmetlerini toplamak, birleştirmek, satın almak ve/veya sağlamak için hareket eden kuruluşların varlığı. İşlevlerin uygulanması esnasında (birkaçını sağlayan kuruluşların dahil) kuruluşların arasında rekabet olabilir (Kutzin 2001:174). Ayrıca eşitlik ve verimlilik gibi hedeflerin de sürdürülebilirliği için kaynakların tahsisinde sağlık ihtiyaçlarına göre yapılması önemlidir (Robinson 2006 :35).

Gelir toplama, kaynak oluşturmanın sürecidir. Bu ilk fonksiyon olduğu için, Şekil 9'da yer alan katkı mekanizmalarını ve gelir toplama organizasyonlarını (tahsilat aracıları) içine alacak kadar geniş kapsamlıdır. Firmalar, bireyler, hane halkı, yurt içi ve yurtdışı v.b. kaynaklardan, kaynakların toplanması sağlanır. Toplanan kaynakların fonlanması için öncelikle toplanacak fonların belirleyici faktörü olan sağlık hizmeti ihtiyacı ve ödeme gücü bakımından güvence oluşturulmalıdır (Thomas, vd. 2009: 25; Gottret, Schieber 2006:5).

Şekil 8'de yer alan satın alma fonksiyonu, kaynağın fon havuzlarında toplandığı ve toplum adına sağlık hizmeti sağlayıcılarına transfer edildiği bir durumdur. Çok çeşitli satın alma faaliyeti mevcuttur. Örneğin, devlet hem tahsilat aracısı hem de hizmet alıcısı olarak hareket edebilir (Mossialos, Dixon 2002:7-8).

Sağlık hizmetleri ihtiyacının karşılanması için yapılan ödeme yapma riskini her talep edenden değil, havuzun her bir üyesi tarafından üstlenilmesi ile gelirin toplanması ve yönetilme işlemi risk ya da fon havuzu olarak tanımlanır. Sağlık sistemi içinde bu fonksiyon sigorta işlevi olarak ifade edilir. Buradaki temel amaç finansal riskin paylaşılmasıdır (WHO 2000: 97).

Şekil 9: Finansman Kaynakları, Katkı Mekanizmaları ve Tahsilat Aracıları



Kaynak: Robinson 2006: 62.

1.10. Sağlık Hizmetleri Finansman Modelleri

Ülkelerin, sağlık hizmetinin sunumunda sürdürülebilir bir finansman modelini kullanılması önemlidir. Finansman modelinin seçiminde temelde dikkat edilmesi gereken kriterler şunlardır: sosyo-ekonomik gelişme, mali kapasite, uygulanabilirlik, siyasi hesap verme sorumluluğu, verimlilik, hakkaniyet, tüketici davranışları, hizmet sunumunu gerçekleştirenlerin davranışları, risk havuzlaması, ekonomik etkiler, teknolojik gelişmeler ve bununla birlikte artan maliyet unsuru v.b. (Özkan 2021:333). Bunların yanı sıra sağlık hizmeti sunumunda mücadele, sadece kronik hastalıklar ya da salgın hastalıklar ile değildir. Sağlıklı bireylerin sağlıklı yaşamı devam ettirmesi amacıyla uygulanması gereken programları da destekleyecek kaynak transferini dikkate alması gerekmektedir. Uygulanan politikaların

mevcut ve gelecek nesillere faydasının olmaması, sağlık sisteminde dönüşüm sürecini getirmektedir. Bu süreci gerçekleştiren ülkelerde farklı finansman modelleri kullanılmaktadır. Tablo 3'de, ülkelerin sağlık sistemlerine göre uygulamaya koyabileceği finansman modelleri yer almaktadır.

Tablo 3: Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Finansman Modelleri

	Beveridge Modeli	**Bismarck Modeli**	**Özel Sağlık**
Sağlık Hizmet Sağlayıcısı	Kamu Sektörü	Kamu Sektörü / Özel Sektör	Özel Sektör
Kaynak	Vergiler	İşveren ve İşçi, Katkıları	Özel Finansman
Karar Verici	Devlet	Sigorta Fonu ve Hekim Birliği	Özel Girişimcilik İlkeleri

Kaynak: Gür, Kaya 2020: 38.

Sağlık hizmetlerinin sunumu için kullanılacak fonların farklı şekillerde toplanılması ve bunların sağlık hizmetleri finansmanına kaynak oluşturması farklı finansman modellerini oluşturur. Kamu finansmanına dayalı ve özel finansmana dayalı iki temel model ortaya çıkar. Kamu finansmanına dayalı modelde vergiye dayalı ve sosyal sağlık sigortası fonlarından meydana gelmektedir. Özel finansmana dayalı olanda ise cepten ödeme, özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesabı fonları, borç, hibe ve bağışlardan aktarılan fonlardan oluşmaktadır (Gür, Kaya 2020: 38).

1.10.1. Kamu Finansmanına Dayalı Finansman Modelleri

Bireylerin sağlıklı yaşama hakkı temel hakları arasında yer almaktadır. Bu nedenle kamu kesimi sağlık sistemini toplumsal tabana dağıtarak etkin bir şekilde kullanılmasını sağlayacaktır (Erumut 2015: 97). Kamu finansmanına dayalı sağlık hizmetleri finansman modelleri; Beveridge Modeli ve Bismarck Modeli olarak iki şekilde incelenmektedir.

1.10.1.1.Beveridge Modeli (Vergiye Dayalı Finansman Modeli)

Beveridge modeli, vergiye dayalı finansman modelidir. Bu modelin temel kaynağını genel vergi gelirleri oluşturmaktadır. Sağlık sisteminde hükümetler sağlık hizmetinin sunumunu sağlamaktadır. Bu finansman şeklinin temelinde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini topluma düzenli olarak sunulması vardır (Erumut 2015: 97).

Vergiye dayalı finansman modelinin kuruluşu 1920'li yıllara denk gelmektedir. Sovyetler Birliği 1938 yılına kadar bu sistemle toplumda yaşayan tüm bireylerine sağlık hizmetini sunmuştur (İstanbulluoğlu, vd. 2010: 92). İkinci Dünya Savaşı sonrası Birleşik Krallık'ta Lord Beveridge, sosyal adaleti ve gelir dağılımının toplum içerisinde uyumlu olarak yeniden dağılımını sağlayacak yeni bir sosyal güvenlik uygulamasını gündeme getirmiştir. Bu sistemle hedeflenen asıl amaç, sağlık hizmetinin toplumun geneline yayılmasının sağlanması ve her bireyin sağlık hizmetinden etkin bir biçimde yaralanabilmesidir (Çelikay, Gümüş 2009: 19). Bu model Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service-NHS) ile bütünleşmiştir. Ekonomik ve siyasi farklılıklar nedeniyle vergilerle fonlanan sağlık hizmetlerinin düzeyi ülkeden ülkeye değişmektedir. Bu finanse şekli ile tüm toplumu kapsayan ve yasal olarak belirlenmiş katkı payları hariç, hizmetten genel olarak yararlanmak ücretsizdir. Ücretsiz olma durumu akla kimlerin sağlık hizmetinden ücretsiz yaralanacağı sorununu getirir. Bu sorunun yanıtı toplumdaki bireylerin mali katkısının olup olmadığına bakılmaksızın vatandaşlık ya da diğer hukuk kuralları ile karar verilmelidir. Vergiye dayalı bir finansman, sağlık hizmetini talep edecek kişilerin ne zaman ve hangi hizmeti isteyeceği belli olmadığı için ne zaman ihtiyaç duyarsa hizmeti alır görüşüne dayanmaktadır. Sağlık hizmeti alma hakkı temel haklardan olduğu için bireyin ödeme gücü bunu belirleyemez. Ödeme gücü sadece finansman açısından belirleyici olacaktır (Evans 2002:14-16).

Modelin avantajları arasında, sağlığı ilgilendiren risklerin etkili bir şekilde havuzlamada kullanılmasıdır. Sağlık hizmeti için kullanılan fonlara katkıda bulanan vergi ödevini yerine getiren toplumdaki bireylerdir. Devlet aslında ödenen vergiler ile topluma sağlık hizmeti sunumunda ve geri ödemesinde kullanılmaktadır (Evans 2002:14-16). Bu şekilde tüm bireylerden toplanan fonlar ile aslında sağlık hizmeti, statüsüne bakılmaksızın gerçekleşecektir. Bu modelin avantajlı diğer bir yanı hizmet sunumunun nispeten verimli olmasıdır. Bunun nedeni ise fonları oluşturan, mevcut vergilendirme sistemi aracılığıyla toplanmasından dolayı sağlık sektörü için ek maliyet oluşturmamasıdır (Robison 2006: 39).

Vergiler[5] uygulanan vergi sistemlerine göre çeşitli şekillerde alınmaktadır. Vergiler ulusal ve yerel olmak üzere de tahsil edilir. Ancak bu konudaki düşünce, yerel yönetimlerin tahsil etmiş oldukları vergi gelirlerinin maliyet olarak yüksek olan sağlık hizmetleri için yeterli olmayacağıdır. Ulusal vergi kaynaklarıyla karşılanan sağlık hizmetlerinin en önemli avantajı havuzlamayla ilgilidir. Bu da hem sağlık hizmetleri için ayrılacak kaynak havuzunu büyütür hem de yönetimde ölçek ekonomisi sağlamaktadır (WHO 2000: 80).

[5] Genelde kullanılan vergi kaynakları dolaysız ve dolaylı vergiler şeklinde ikiye ayrılır. Kişilerin gelir düzeylerine göre direkt alınan vergilere dolaysız vergiler denir. Tüketilen mal ve hizmetler üzerinden alınan ve gelir ile ilişkisi olamayan vergilere dolaylı vergiler denir. Bireylerin tüketim alışkanlıkları aslında dolaylı vergilerden ne kadar ve nasıl etkileneceklerini gösterir. Çünkü mal ve hizmetlerin fiyatının belirli bir yüzdesiyle alınmaktadır (Mossialos, Dixon 2002: 4).

Ulusal vergilendirme, yalnız sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılmaz. Aynı zamanda diğer kamu alanlarına yapılan harcamalarının finansmanı için de kullanılır. Bu da tercih yapma durumunu yani hangi alana ne kadar pay ayrılacağını ortaya çıkarmaktadır (Mossialos, Dixon 2002:4-5). Karar merci olarak politik süreçlerin önemli büyüktür. Sağlık için ayrılacak pay her zaman sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak boyutta olmayacaktır. Ancak şöyle bir durum vardır ki sağlık için yapılan harcamalar diğer kamu alanları ile rekabet etmek durumundan ayırılmaktadır. Çünkü sağlık sadece hastalık durumu değil aynı zamanda sağlıklı olma durumunun devam etmesi anlamına da gelmektedir. Dolaylı vergilerin sağlık için zararlı olan mal ve hizmetlerin tüketimi üzerinden alınması vergi kaynaklarını artırıcı bir unsur haline getirecektir. Tütün gibi sağlığa zararlı ürünlerin tüketiminin azalması da bireylerin sağlıklı olmasını destekleyecektir. Ayrıca sağlık harcamalarının da azalmasına yardımcı olacaktır. Bu, her zaman olmayacaktır. Bağımlılık yapan ürünlerden vazgeçmek yerine sağlıklı ürünlerden daha az tüketen ya da hiç tüketmeden diğer ürünleri tüketmeye devam ederek bir kısır döngünün oluşmasına da neden olacaktır. Sağlık sektöründe hem verimliliğin azalmasına hem de istenilen etkinin oluşmamasına neden olacaktır. Sağlık sektörü için gerekli olan kaynağın miktarı kadar sağlık sektörü içerisinde pay edilmesi de önemlidir. Çünkü sektör içerisinde sadece sağlık ihtiyacını karşılamak üzere kullanılacak malzeme ve teknolojinin yanı sıra personel ihtiyaçları ve ekonomik gelişmişlik de vardır (Uğurluoğlu, Özgen 2008:139-140). Avusturalya, Birleşik Krallık, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Norveç, Portekiz ve Yeni Zelanda'nın (Bkz. Tablo 4) Beveridge modelini kullandığı görülmektedir.

1.10.1.2. Bismarck Modeli (Sosyal Sağlık Sigortası Modeli)

Sosyal sağlık sigortası modeli olarak da bilinen Bismarck, devlet tekeliyle örgütlenen sosyal güvenliğin bir sosyal sigorta olarak işlem gördüğü bir modeldir. Bu sistemin finansmanı işveren ve işçilerin katkılarından oluşmaktadır (Edizdoğan, Giray 2007:34). Bismarck modeli sosyal devlet yapısında olan Prusya Başbakanı Otto Von Bismarck günümüzde geniş şekilde uygulanan zorunlu sağlık sigortasını geliştirmiştir. Bismarck modeli 1800'lü yılların sonlarına doğru ve 1883 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Söz konusu model, Sanayi devriminin toplum üzerinde ortaya çıkardığı sorunların çözümü amacıyla geliştirilmiştir. Sosyal refah modeli içinde çalışan nüfusun hastalık, kaza, sakatlık ve emeklilik durumlarını dikkate almaktadır (Tiryaki, Tatar 2000:125; Gür, Kaya, 2020:39).

Sosyal sağlık sigortasının üç temel ve ayırt edici özelliği vardır. Birincisi zorunlu olmasıdır. Bu özellik özel sağlık sigortasından ayırt edici bir özelliktir. Çünkü özel sağlık sigortasında gönüllü katılım durumu söz konusudur. Katkı payı, ücretlerin belli bir yüzdesi olarak belirlenmektedir. Prim ödemesi gereken herkesin mutlaka sigortaya kaydolması gerekmektedir. İkinci özelliği ise fayda sağlaması için

vatandaşların primleri ödemesi gerekmektedir. Sosyal sağlık sigortasının, mevzuatta da yer alan bir sosyal sözleşme ile tanımlanması üçüncü özelliğidir (Özkan, 2021:336).

Sosyal sağlık sigortaları için toplanan primlerin nasıl toplandığı ve bunların nasıl havuzlandığı ayrıca hastalık fonlarına nasıl ayrıldığı ile ilgili durumlar sağlık finansmanı için kullanılan sosyal sağlık sigortalarının performansını gösterir (Normand, Busse 2002:59-61). Sosyal sağlık sigortalarının çapraz bir sübvansiyonu dört ayrı yolla gerçekleşir: (Özkan 2021:337);

1. Sağlıklılardan hastalara; bireysel riske bakılmaksızın alınan katkılar
2. Gençlerden yaşlılara; yaşlılardan daha az alınan katkılar
3. Zenginlerden fakirlere; sabit bir kazanç yüzdesi halinde katkılar
4. Bekarlardan ailelere; bakmakla yükümlü olunan kişi sayısına bakılmaksızın eşit katkılar.

Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri içerisinde kamu vergileriyle finanse edilen sağlık hizmetleri ve sosyal sağlık sigortaları ile finanse edilen sağlık hizmetleri, hakkaniyet ve evrensel kapsam bakımından en iyi alternatifler arasında yer alılar. Zira vergiyle finanse edilen sistemler nüfus içerisindeki tüm grupların sağlık fianansmanına dahil edilmesini sağlar. Adil bir finansmandan sözedilebilmesi verginin ilerleme derecesine bağlıdır. Sosyal sağlık sigortası sisteminde adil finansman aşamalı katkılar yoluyla sağlanır. Ancak bu modelde de evrensel boyuta ulaşmak adına önemli bir çaba harcanması gerekir. Sosyal sağlık sigortasının hedefi dışlanmanın olmadığı aynı zamanda hakkaniyet ve dayanışmayı esas alan bireyler arası bir yaklaşımı benimseyen bir sağlık hizmeti finansman modeli olmaktır (Doetinchem, vd. 2006: 30-31).

Sosyal sağlık sigortası, 60'dan fazla ülkede kullanılan bir modeldir. 19. yüzyılın sonlarına doğru Almanya'dan başlayarak çoğu ülkenin tercih ettiği bir sağlık hizmeti finansmanı olmuştur. Almanya, Avusturya, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Fransa, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Polonya, Slovakya, Slovenya, Şili, Türkiye ve Yunanistan'nın (Bkz. Tablo 4) Bismarck (sosyal sağlık sigorta) modelini kullandığı görülmektedir.

1.10.2. Piyasa Ekonomisi Kaynaklı Finansman Modelleri

Piyasa ekonomisi kaynaklı sağlık hizmetleri finansman modelleri; Ulusal sağlık sigortası Modeli, Özel Sağlık Sigortası Modeli, Cepten Ödeme Modeli ve Diğer Modeller şeklinde incelenecektir.

1.10.2.1. Ulusal Sağlık Sigortası Modeli

Bismarck ve Beveridge modelinden bazı unsurların da yer aldığı bu model genellikle karma model olarak isimlendirilmektedir. Bu modelin yapısında özel sağlık hizmeti sunucusu yer alır. Ancak sistem

devlet tarafından işletilmekte ve vatandaşların vergi ve prim ödemesi ile sağlık harcamalarının finansmanı yapılmaktadır. Kar amacı olmaması, kolay organize edilmesi, ucuz bir model olması sistemin özellikleri arasında sayılabilir. Sağlık hizmetlerinin sınırlandırılması, sistem maliyetlerinin kontrol edilmesine yardımcı olmaktadır(Woolhandler, vd. 2004: 74-76).

Sağlık hizmeti sunucuları ile bu hizmeti talep edenler, serbest piyasa şartlarında oluşan denge fiyatını kabul edeceklerdir. Ayrıca sağlık hizmeti talep eden birey katlanılması gereken maliyeti ya kendi cebinden ödeyecek ya da özel sağlık sigortası kuruluşları vasıtasıyla ödeyecektir. Bismarck ve Beveridge modellerinden farklı olarak burada kamu müdahalesi söz konusu değildir. Serbest piyasa koşullarında oluşan sağlık hizmetleri finansmanı cepten ödeme, özel sağlık sigortası ve diğer ödeme şekilleri ile finanse edilmektedir (Yenimahallelli 2007: 6; Çelikay, Gümüş 2010: 11). Kore ve Kanada'nın (Bkz. Tablo 4) ulusal sağlık sigortası modelini kullandığı görülmektedir.

1.10.2.2. Özel Sağlık Sigortası

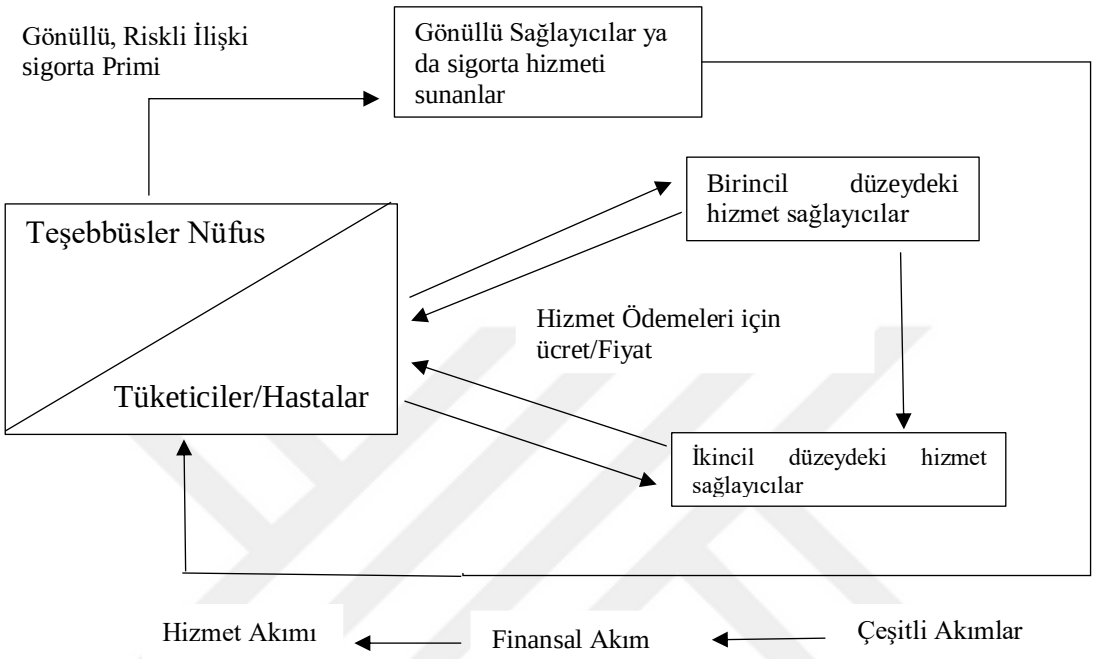
Özel sağlık ya da gönüllü sağlık sigortası olarak kullanılan, sağlık hizmetleri finansman modelinin ana özelliği, piyasa aktörleri, özel finansman kaynakları ve kar amacı güden sağlayıcılar tarafından eşgüdümlü işlenmesidir (Böhm, vd. 2013:266). Özel finansmana dayalı sağlık hizmetlerinin sunumunun dayanağı riskin yayılmasını sağlanmaktır. Ancak uygulamada yer alan sosyal sağlık sigortası ile bağlantısının ve nasıl düzenlenip nasıl uygulanması gerektiği iyi tayin edilmelidir. Çünkü sağlık hizmeti talep edecek bir kişi bu finansman modelini tek bir sağlık sigortası olarak kullanabilir (ikame edilebilir). Ayrıca sosyal sağlık sigortaları kapsamı içinde olmayan (bu tamamı olabilir ya da kısmen olabilir) sağlık hizmetlerini (tamamlayıcı) tamamen veya kısmen karşılayabilir (Mutlu, Işık 2012:299; Mossialos, vd.2002:5). Goodwin (2017:214)'a göre birincil ya da ikincil sağlık hizmeti düzeyine daha hızlı bir erişim olanağı sağlamaktadır. Ayrıca ilaçlar veya yatarak tedavi gibi hizmetlerin katkı paylarında indirim ya da muaf tutulma olanakları da sağlayabilmektedir.

Özel sağlık sigortası; özellikli sağlık hizmetlerinden yararlanmanın yanında gönüllü (özel) sağlık sigortası sağlayan kurum veya firma tarafından belirlenen sözleşme ve kurallara uygun olarak, zorunlu sağlık sigortasının kapsamındaki sağlık hizmetlerinin sunumundan daha yüksek standartta hizmet almayı rahat bir şekilde kapsamaktadır (Donev 2006:134).

Özel sağlık sigortacılığında ödenecek primin hesaplanmasında birçok unsur dikkate alınmaktadır. Bunlardan biri de bireysel riske göre hesaplamadır. Ancak işveren tarafından tüm çalışanlarına yani grup özel sağlık sigortası yapıldığı takdirde risk bireysel değil grup ortalamasına göre hesaplanan primlerden oluşur (İstanlluoğlu, vd 2010: 91). Mutlu ve Işık (2012: 300) özel sağlık sigortaları vasıtasıyla gerçekleşen sağlık hizmet harcamalarının hastalara ödemesini şekil 10'da göstermiştir. Tabloda görüldüğü üzere, birincil ya da ikincil düzeyde sağlık hizmeti sağlayıcılarından alınan hizmetlerin,

gönüllü sigorta primi ödeyen toplumdaki bireylere yapmış oldukları harcama sigorta hizmeti vasıtasıyla hasta/tüketicilere ödenmektedir.

Şekil 10: Özel Sigortalar Yardımıyla Yapılan Harcamaların Hastalara Ödenmesi



Kaynak: Mutlu, Işık 2012:300.

Özkan (2021: 339) çalışmasında özel sağlık sigortasının avantaj ve dezavantajlarını şu şekilde sıralamıştır:

- Özel sağlık sigortasına sahip olma imkanı bulunmayan bireyler için sağlık hizmetlerini finanse ederken daha küçük ve hedefe ulaşma imkanı olan sistemlerin oluşturulması ve devamının getirilmesini sağlamaktadır.
- Hükümet ödemelerinin yeterli olmadığı durumlarda özel sağlık sigortası hem sunucuların altyapıyı geliştirmelerine ya da inşa etmelerine hem de gerekli olan yatırımların finansmanına yardımcı olacaktır.
- Yenilik ve verimliliğin sağlaması açısından teşvik edici bir durumun yanı sıra kamu açısından da bakım kalitesi ve verimliliğinin artırılması için referans noktası olacaktır.
- Yüksek gelire sahip bireylerin kendi kendilerini finanse etmeleri ve sağlık hizmeti talebinde bulunan bireylere seçim şansını artırması gibi avantajları bulunmaktadır.
- Özel sağlık sigortasının maliyet unsuru gelir düzeyi düşük bireyler için uygun olmayacaktır. Özel sağlık sigortası hizmeti sunan sigorta şirketlerinin sözleşme koşullarını tam anlamıyla

anlamayan tüketicilere tam bilgi vermemesi ve karmaşık olması, yüksek maliyetli hizmetleri karşılamaması, kronik hasta olan kişileri sigorta içine dahil etmeme gibi dezavantajlı durumlara da sahiptir.

Sağlık hizmetini finanse eden özel sağlık sigortası sağlayıcıları; primlerini ya bağımsız kar amacı güden ya da gütmeyen özel sigorta şirketi ve fonları (Belçika, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, İspanya, İsviçre ve Birleşik Krallık) olabilmektedir. Devlet tarafından sübvanse edilen (vergi indirimi gibi) (Avusturya, İrlanda ve Portekiz) özel sağlık sigorta modelleri de mevcuttur (Özkan 2021:339).

1.10.2.3. Cepten Ödeme Modeli

Cepten ödeme, sağlık hizmeti talep eden bireylerin direkt hizmet karşılığında yapmış olduğu ödemelerdir. Burada yer alan ücret/fiyat ödemesi ön ödeme mekanizması gerçekleşmeden, hizmetin sunulduğu yerde ve zamanda hizmeti alan tarafından doğrudan cepten harcama şeklinde gerçekleşir. Bu unsur cepten harcama/cepten ödeme modelini diğer modellerinden ayırmaktadır (Belli 2002:15).

Bazı ülkelerde halk sağlığı sistemleri daima beklentiyi karşılayacak yapıya sahip olmayabilmektedir. Bu ülkeler genelde düşük gelirli ülkelerdir. Düşük gelirli ülkelerde genellikle eşit bir hizmet dağılımının olmaması, ihtiyaçların giderilmemesi, hasta bakımında kalite düşüklüğü, verimliliğin düşük olması gibi durumları meydana getirmektedir. Özellikle sağlık sektöründe oluşan fon eksikliği sağlık sistemindeki performans düşüklüğünü açıklayan bir durumdur. O zaman ortaya hizmet alımını finanse etmek için cepten harcama modeli ortaya çıkar (Meessen, 2007:108).

Cepten ödeme/cepten harcama aşağıdaki yer alan doğrudan ödeme ve maliyet paylaşımı şeklinde formal ya da informal ödemeler şeklinde ortaya çıkar. Söz konusu ödemeler şu şekildedir:

- **Doğrudan ödemeler:** Sağlık hizmeti talep eden bireyin herhangi bir sigorta türü ile bağının olma durumunda, aldığı hizmet karşılığında yaptığı ödemeler;
- **Maliyet paylaşımı:** Kapsanan kişinin alınan sağlık bakımı maliyetinin bir kısmını ödemesini gerektiren bir sağlık sigortası veya üçüncü şahıs ödemesi; genellikle resmi maliyet paylaşımı veya kullanıcı ücretleri olarak anılır;
- **Gayri resmi ödemeler:** Tamamen birleştirilmiş gelirden finanse edilmesi gereken mal veya hizmetler için gayri resmi ödemeler (Allin, vd. 2006: 37).

Maliyet paylaşımında yer alan katkı payı, bireyler sağlık güvencesi ile aldıkları mal ve hizmet değerinin sabit bir miktarı için yapılan ödemedir. Özgen (2007: 203) yaptığı çalışmada maliyet paylaşımı ile ilgili şöyle bir örnek vermiştir. Bireylerin almış oldukları her bir poliklinik hizmeti için ödedikleri 2 TL modelde katkı payı ödemesi geçmektedir. Yatarak bir sağlık hizmeti alındığında fatura

bedelinin %1'inin ödenmesi müşterek sigorta ödemesi olarak adlandırılmaktadır. Katılım eşikli katkı payı ise sağlık sigortasının araya gireceği eşik değer öncesi yapılan ödemedir. Örneğin, katılım eşikli katkı payının 2.000 TL olduğunu varsayalım, sağlık hizmeti alacak kişi bir yıl boyunca aldığı sağlık hizmetleri için 2.000 TL'ye kadar cepten harcama yapmakta, 2.000 TL'yi aşan sağlık hizmetleri alımında ise sağlık sigortası geri ödemede bulunmak için devreye girmektedir. Katkı payı şeklinde gerçekleşen cepten ödeme modelinin sağlık sistemi açısından iki önemli katkısı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, ek kaynak oluşturma durumudur. Çünkü vergi ve sağlık sigortasının katkılarının yeterli olmadığı durumda ek bir kaynak olarak sağlık hizmetleri finansmanına yardımcı olmaktadır. İkincisi ise sağlık hizmetlerinin sunumunda finansman ne kadar önemliyse aynı şekilde kalite ve maliyet durumu da önemlidir. Cepten ödeme hem kalite hem de maliyet unsuru için sağlık hizmetlerindeki bilinci artıracak bu da azaltılan maliyetler ve daha kaliteli, verimli sağlık hizmetleri olarak geri dönecektir (Özgen 2007: 203-206).

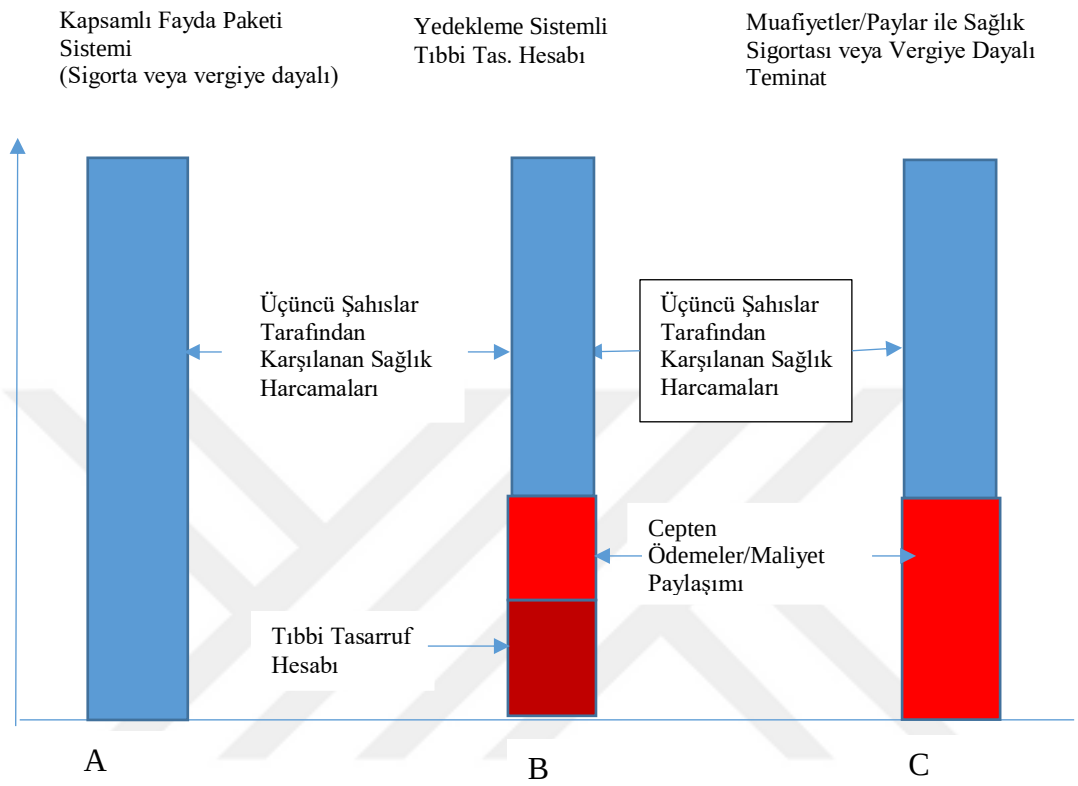
Hizmet kapsamının koşulları aslında sağlık hizmetine yapılan cepten ödemenin formal ya da informal olup olmadığını belirlemektedir. Cepten ödemede informal şeklinde gerçekleşen ödemeler yasadışı olarak algılanır. Ancak informal ödemelerin içinde hem yasal hem de yasadışı ödemeler bulunmaktadır. O zaman ödemenin yasal olma durumunu öncelikle sağlık hizmetini sunan (doktor, sağlık memuru, tekniker vb.) personele edilen teşekkür ya da minnettarlık şeklinde gerçekleştirilen ödemeler yani hediye şeklindeki ödemeler informal olmasına rağmen yasaldır. Sağlık personeline yasanın uygun görmediği halde elden para verilmesi tamamen yasal olmayan bir ödemedir (Özgen, Tatar 2008: 105).

1.10.2.4. Diğer Modeller

Tıbbi tasarruf yöntemi bireylerin her ay gelirlerinin belli bir kısmını sağlık bakım maliyetlerinin karşılanması amacıyla bir hesapta tasarruf etmelerini sağlayan bir finansman yöntemidir (Maynard, Dixon, 2002: 21). Singapur'da ilk kez 1980'lerde uygulanan bu model ABD'de de kısmen uygulanmıştır. ABD'de uygulanan modelde hedeflerin, maliyet sınırlaması ve sigortasızları da içine alacak şekilde genişletilmesi, modeli Singapur'dan farklı kılan özelliktir (Özkan 2021:342).

Aslında bu model, bireysel tasarruf hesaplarından oluşmaktadır. Harcama sınırı ise sağlık veya tıbbi bakım ile ilgili olmalıdır. Tasarruf hesaplarının uygulanma şekli özel tasarruf ve para çekme gibi özelliklere göre ayrıca ülkelerin belirledikleri farklı kriterlere göre uygulamaya konulmaktadır. Tıbbi tasarruf hesaplarının uygulamaya koyuluş nedenleri üç başlıkta toplanmaktadır. Bunlar; tasarrufu teşvik etmek, yüksek maliyete sahip olan tıbbi bakımın gelecekte de yüksek maliyete sahip olma ihtimali için, sağlık hizmeti talep edenlerin maliyetleri kontrol etmede görevlendirmek, sağlık sistemleri için ek fonları harekete geçirmektir (Hanvoravongchai 2002:1).

Şekil 11: Diğer Finansman Modelleri ile Tıbbi Tasarruflar Hesabının Gösterimi



Kaynak: Hanvoravongchai 2002: 2.

Tüketici teşviklerini değiştirerek sağlık bakım maliyetlerindeki artışı yavaşlatmak için tıbbi tasarruf hesaplarının kullanılması, genel olarak bu tüketici maliyet paylaşımını mevcut kapsamlı sağlık sigortası veya vergiye dayalı sistemleride içinde sunmaktadır. Şekil 11'de tıbbi tasarruf hesaplarına sahip bir sistemin fon kaynaklarının bileşiminde diğer sistemlerden nasıl farklı olacağı görülmektedir. Kapsamlı bir fayda sistemi, tam sigorta kapsamı sağlar (A), tıbbi tasarruf hesapları, bir "yedekleme sistemi" (B) ile birlikte sağlık maliyetlerinin bir kısmını finanse edebilir. Pek çok ülkede yaygın olarak bulunan üçüncü bir model, katastrofik sağlık sigortasına veya katkı paylı diğer yüksek tüketici maliyet paylaşım sistemine dayanır, ancak tıbbi tasarruf hesapları yoktur (C).

Tıbbi tasarruf hesapları iki ilkeye dayanmaktadır. Bunlardan birincisi kendi kendine yeterlilik ikincisi ise hesap verebilirlik ilkesidir. Yapılacak harcama sadece onaylanmış olan tıbbi ihtiyaçlar için kullanılır. Ayrıca harcama sonrası rezervlerin yenilenmesine kadar tasarruf edilmeye devam edilecektir. Biriken fonların, geniş aileleri kapsaması ve mirasa konu olma durumu vardır. İlgili modelin, risk havuzu eksikliği, uzun vadeli sağlık bakım maliyetleri üzerindeki etkisinin belirsiz olması ve yeteri

kadar finansal koruma sağlayamaması gibi eksik ve uygulamada adaletsiz-verimsiz yanları vardır (Maynard, Dixon 2002: 22; Özkan 2021: 342).

Gelişmemiş ülkeler, sağlık hizmetleri finansmanı için hibe ve bağışlar kullanmaktadır. Çeşitli kurumlardan yapılan hibelerin hangi kaynağı artırdığı önemlidir. Çünkü hibe ile elde edilen gelir devlet tarafından yönlendirilmezse, bunun net sağlık harcamaları üzerindeki etkisi belirsiz olacaktır. Bu durumda da sağlık sisteminin kapasitesinde zayıflamalara aynı zamanda verimli bir şekilde kullanılmayan yardım programlarına neden olacaktır. Kısa vadeli bir finansman çözümü olan hibe yardımları uzun vadeli sürdürülebilir sağlık hizmeti finansmanı sunamayacaktır. Borçlarla sağlanmak istenen sağlık hizmeti finansmanı da eğer verimli kapasite artırıcı, alt yapı çalışmaları için kullanılmadıysa ister iç-dış kaynaklardan isterse kamu özel kaynaklardan sağlansın sadece gelecek nesillere yük olarak geri dönecektir (Mossialos, Dixon, 2002: 272).

Tablo 4: OECD Ülkeleri Finansman Modelleri ve Finansman Kaynakları

Ülkeler	**Finansman Modeli**	**Temel Kaynak**	**Tamamlayıcı Kaynaklar**
ABD	*Karma Sağlık Sigortası*	Karma Kaynak Yapısı	Vergi, Cepten Ödeme, Özel Sağlık Sigortası
Almanya	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Vergi, Cepten Ödeme, Özel Sağlık Sigortası
Avusturalya	*Beveridge modeli*	Vergiler	Cepten Ödeme, Özel Sağlık Sigortası
Avusturya	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Vergi, Cepten Ödeme, Özel Sağlık Sigortası
Belçika	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Vergi, Cepten Ödeme, Özel Sağlık Sigortası
Birleşik Krallık	*Beveridge modeli*	Vergiler	Cepten Ödeme, Özel Sağlık Sigortası
Çek Cumhuriyeti	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Kamu Vergileri, Cepten Ödeme

Danimarka	*Beveridge modeli*	Vergiler	Cepten Ödeme, Özel Sağlık Sigortası
Estonya	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Vergileri, Cepten Ödeme
Finlandiya	*Beveridge modeli*	Vergiler	Sosyal Sigorta, Cepten Ödeme, Özel Sağlık Sigortası
Fransa	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Vergileri, Cepten Ödeme
Hollanda	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Vergileri, Cepten Ödeme
İrlanda	*Beveridge modeli*	Vergiler	Sosyal Sigorta, Cepten Ödeme,
İspanya	*Beveridge modeli*	Vergiler	Sosyal Sigorta, Cepten Ödeme, Özel Sağlık Sigortası
İsrail	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Cepten Ödeme, Özel Sigorta
İsveç	*Beveridge modeli*	Vergiler	Cepten Ödeme
İsviçre	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Cepten Ödeme, Özel Sigorta
İtalya	*Beveridge modeli*	Vergiler	Cepten Ödeme, Özel Sigorta
İzlanda	*Beveridge modeli*	Vergiler	Cepten Ödeme
Japonya	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Vergiler, Cepten Ödeme

Kanada	*Ulusal sağlık Sigorta Modeli*	Vergiler ve prim ödemesi	Cepten Ödeme, Özel Sigorta
Kore	*Ulusal sağlık Sigorta Modeli*	Vergiler ve prim ödemesi	Cepten Ödeme, Özel Sigorta
Letonya	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Kar amaçsız sigorta, Cepten Ödeme, Özel Sigorta
Litvanya	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Kar amaçsız sigorta, Cepten Ödeme, Özel Sigorta
Lüksemburg	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Kamu Vergileri, Cepten Ödeme, Özel Sigorta
Macaristan	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Kar amaçsız sigorta, Cepten Ödeme, Özel Sigorta
Meksika	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Cepten Ödeme, Özel Sigorta
Norveç	*Beveridge modeli*	Vergiler	Sosyal Sigorta, Cepten Ödeme, Özel Sigorta
Polonya	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Cepten Ödeme, Özel Sigorta
Portekiz	*Beveridge modeli*	Vergiler	Sosyal Sigorta, Cepten Ödeme, Özel Sigorta
Slovakya	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Cepten Ödeme, Özel Sigorta

Slovenya	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Cepten Ödeme, Özel Sigorta
Şili	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Cepten Ödeme, Özel Sigorta
Türkiye	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Vergiler, Cepten Ödeme, Özel Sigorta
Yeni Zelanda	*Beveridge modeli*	Vergiler	Cepten Ödeme, Özel Sigorta
Yunanistan	*Bismarck modeli*	Zorunlu sosyal sigorta katkıları	Vergiler, Cepten Ödeme

Kaynak: Daştan, Çetinkaya 2015:104-134; Wild, Gibis 2003:186; Mossialos, Wenzl 2017:7-9; Böhm, vd. 2012:265-267; Letunovska vd 2023:20-21; Leite vd 2022: 256-257.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARI, SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER ve OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ SEYRİ

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle sağlık harcamaları kavramı, tanımı, kapsamı, önemi ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörlere değinilecek, sonrasında OECD'ye üye ülkelerin sağlık harcamalarının yıllar içindeki gelişimi irdelenecektir.

2.1. Sağlık Harcamaları Kavramı, Kapsamı ve Önemi

Sağlık sistemlerinin temel amacı; sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesini sağlamaktır. Sağlık sistemlerinin performansının yanı sıra uygulanmak istenen sağlık politikaları da sağlık sistemlerinin amacını oluşturmaktadır (Murray, Frenk 2000: 717-718). Sağlık sistemleri; öncelikle herkes için sağlıklı birey olmanın sürdürülebilirliğinin sağlanması konusunda sağlık harcamalarının ve finansmanının ülkeler arası karşılaştırmalara imkân verecek şekilde tanımlanması aynı zamanda sınıflandırılmasını ifade etmektedir. Çünkü sağlık hizmetlerinin sunumu için yapılan harcamaların iktisadi ve sosyal açıdan parasal niteliği mevcuttur. Sağlık hizmetlerini sunan ve tüketenler açısından sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların optimum kullanımı önem taşımaktadır (Alpugan 1984: 156; WHO 2013:15).

OECD'ye göre sağlık harcaması; kişisel (bireysel) sağlık hizmetleri, (tedavi, rehabilitasyon, uzun süreli bakım ile destek hizmetler ve tıbbi ürünler) toplum için gerçekleştirilen hizmetler (önleyici hizmetler, halk sağlığı ve sağlık yönetimi v.b.) dahil olmak üzere sağlık ürünleri ve hizmetlerinin nihai tüketiminin ölçülmesini ifade etmektedir. Ancak burada yatırım harcamaları hariç tutulmuştur. Çünkü bu tanımda bir yıllık dönemi kapsayan parasal olarak ifade edilen değer, cari sağlık harcamasını tanımlamaktadır. Toplam sağlık harcaması hem cari sağlık harcamasının hem de yatırım harcamalarının eklenmesi ile elde edilmektedir. Buna ek olarak, sağlık sisteminin, idaresinin yanı sıra tıbbi hizmetler ve mallar, nüfus sağlığı ve önleme programları için her türlü finansman düzenlemesi (örneğin hükümet temelli programlar, sosyal sigorta veya cepten yapılan harcamalar) yoluyla yapılan harcamalar dahil edilmektedir (OECD 2022a; OECD 2019: 149). Sağlık hizmetlerinin sunulmasında sağlıkla ilgili ürünlerin üretilmesinde (diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi) katlanılması gerekilen maliyetler sağlık harcamalarının kaynağını oluşturmaktadır (Yardımcı 2020: 45).

Dünya Bankası (World Bank)'na göre; sağlık harcaması, önleyici, tedavi edici sağlık hizmetleri, aile planlaması, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının oluşması ile ilgili faaliyetler gibi konuların yanı sıra

acil sağlık yardımlarını da kapsayan harcamalardır. Bu harcamaların içinde su ve sanitasyon[6] harcamaları dahil edilmemiştir (World Bank 2021).

Murray vd. (1994: 625)'a göre sağlık harcaması, bireylere yönelik koruyucu, önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetleri, nüfusa dayalı halk sağlığı programları, sağlık durumunu doğrudan etkileyen bazı programları (örneğin, aile planlaması programları, beslenme programları ve sağlık eğitimi, ancak diğer eğitim türleri hariç) içeren tüm harcamalardır. Tanımlamada, yardım ve gıda programları gibi sağlığı yalnızca dolaylı olarak etkileyen programlar ile su ve sanitasyonla ilgili çevre programları hariç tutulmuştur.

TÜİK (2020: 13)' e göre sağlık harcaması; "İlaçlar, sağlık ürünleri, tedavi edici alet ve malzemeler (gözlük, lens, boyunluk, işitme cihazı, yürüteç vb.), sağlıkla ilgili aletler (tansiyon aleti, şeker ölçme aleti vb.) hastane ve hastane dışı tıbbi hizmetler (doktor muayene ücreti, dişçilik hizmetleri, röntgen, ultrason, tomografi, tahlil vb.), hastane yatak, ameliyat, doğum, fizik tedavi, ambulans vb. ile ilgili harcamaları kapsamaktadır."

Sağlık harcamalarında, maliyetleri kontrol etmek amacıyla (sağlık sisteminin etkinliğini sürdürmek için) politika yapıcıların, sağlık yöneticilerinin ayrıca tıp profesyonellerinin, finansman kaynakları, sağlık hizmeti sunumu ve sağlık hizmeti sağlayıcıları hakkında ayrıntılı bilgiye ihtiyacı vardır. Özellikle kesin ve ayrıştırılmış sağlık harcaması verilerine ihtiyaç duyulması ülke karşılaştırmaları açısından gereklidir (Bui, vd. 2015:566).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı (2004: 2)'nın "*OECD Sağlık Hesapları Sistemine(SHS)*[7] *Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*" başlıklı çalışmasında sağlık harcaması olarak kabul edilen harcama türleri; sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, iyileştirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar şeklinde ifade edilmiştir.

Bireylerin yaşam kalite ve süresini olumlu yönde etkileyen sağlık harcamalarındaki artış aynı zamanda teknolojik, sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler tarafından da etkilenmektedir. Bireyin

[6] Sanitasyon temiz içme suyu, atık su ve kanalizasyonunun yeterli arıtımı ve bertarafı ile ilgili halk sağlığı koşullarını ifade eder. El yıkama gibi, dışkı ile insan temasının önlenmesi de sanitasyonun bir parçasıdır (https://tr.wikipedia.org/wiki/Sanitasyon, Erişim Tarihi: 11.12.2022).

[7] OECD'nin geliştirdiği sağlık hesapları sistemi, "sağlık ürünleri ve hizmetlerinin tüketimi ile ilgili finansal akışları sistematik" olarak tanımlayan, giderler bakımından ülkelerin sağlık sistemlerini değerlendiren bir bütündür. Bu sistem, üye ülkelerle ilgili diğer ülkelerin sağlık hesaplarının karşılaştırılmasına olanak vermektedir. Sağlık Bakanlığı daha sonra yaptığı benzer çalışmalarda da OECD'nin benimsediği SHS'yle uyumlu bir yol izlemiştir. OECD ise güncel olarak OECD 2011 SHS'sini kullanmakta olup üye ülkelere de bu sistemin kullanılmasını, sağlık harcamalarının artan boyutuna karşın finansal sürdürülebilirlik ve etkin politikaların uygulanabilmesi için önermektedir. Türkiye'de OECD 2011 SHS'ne olan uyum çalışmaları Şubat 2018'de tamamlanmıştır (OECD, Eurostat, WHO 2017: 20).

beklenen yaşam süresinin uzaması ve kaliteli yaşam sürmesi ekonomik büyüme açısından da olumlu etki oluşturacaktır. Çünkü sağlıklı olan birey almış olduğu eğitim çıktılarını başarılı ve uzun bir çalışma hayatında kullanarak işgücü verimliliğini artırmış olacaktır. Bu da ülkelerin gelir ve refah düzeyi ile beşeri sermaye faktörlerini doğrudan etkileyen unsurun sağlık harcaması olduğunu göstermektedir (Şahin, Temelli 2019: 946).

2.2. Katastrofik ve Yoksullaştırıcı Sağlık Harcamaları

Sağlık sistemlerinin verimliliğini artırmak birçok ülke için önemli hedefler arasında yer almaktadır. Bu durumun sağlanması, toplumun sağlık hizmetlerine eşit bir oranda ulaşımı ve kullanımı ile mümkün olacaktır. Hane halkları ve bireyler tarafından kullanılan sağlık hizmetleri finansal açıdan bir yük oluşturacaktır. Bu durumu genellikle, katkı payları, bir mal/hizmet için sabit bir ücret veya ortak sigorta gibi maliyet paylaşımı ile karşılanmaktır. Ancak yapılacak ödeme için hane halkının ek bir sigortası yoksa, doğrudan ödeme veya cepten ödeme olarak sağlık hizmetini kullanması katastrofik sağlık harcamasını ortaya çıkaracaktır (Kronenberg, Barros 2012:45).

Cepten ödemeler, sağlık hizmetleri finansmanında kullanılan bir kaynaktır. Bu harcama, için hane halkları temel ihtiyaçları adına yapacakları harcamaları azaltmak zorunda kalıyor ise "katastrofik harcama" olarak ifade edilmektedir. Katastrofik sağlık harcamaları, "Dünyamızı Dönüştürmek: Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündemi"nde belirtildiği üzere, evrensel sağlık kapsamına (UHC) yönelik küresel ilerlemeyi izlemek için kullanılan finansal koruma göstergesidir. Bu tür bir koruma sağlamak sağlık sistemlerinin temel hedeflerinden biridir. Ayrıca evrensel sağlık kapsamının ardındaki amacı oluşturmaktadır (Raban vd. 2012: 726).

Yoksullaştırıcı sağlık harcaması, bir hanenin sağlık hizmetleri için ödeme gücünün önceden tanımlanmış bir yüzdesini veya eşiğini aşan sağlık harcaması olarak tanımlanmaktadır. Ödeme gücünün farklı şekillerde hesaplanıp yorumlanması ölçüm farklılıklarına yol açmaktadır. En basit yaklaşım, bir hanenin tüm bütçesinin sağlık harcamaları için kullanılabilir olduğunu varsaymak olacaktır. Bu, bütçe payı yöntemi olarak bilinir. Çünkü sağlık harcamaları toplam hane harcamalarına veya daha az sıklıkla gelire oranla değerlendirilmektedir. Diğer yaklaşımlar, hanelerin sağlık harcamalarını karşılamadan önce gıda ve barınma gibi temel ihtiyaçlarını karşılamaları gerektiği gerekçesiyle bu varsayımı red etmektedir. Bu yöntemlerde sağlık harcamaları hane halkı harcamalarından temel ihtiyaçlar için yapılan harcamaları temsil eden bir miktar düşülerek değerlendirilmektedir. Kalan bakiye, hane halkının sağlık hizmetleri için ödeme kapasitesi olarak adlandırılmaktadır (Cylus vd.2018: 599).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre, cepten yapılan sağlık harcamaları hane halkının geçim harcamalarını karşılama kapasitesinin (yani temel ihtiyaçları karşıladıktan sonra mevcut gelirin) %40'ını (bazı çalışmalarda toplam harcamaların %10, 20, 25 veya 40'ını) aştığında sağlık harcamaları

"katastrofik" olarak kabul edilmektedir. Bu durum, sağlık masraflarının çoğunun cepten ödendiği düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde daha sık görülmektedir (Kazemi-galougahi vd. 2019:2). Bireylerin katastrofik ödemelerden korunması, sağlık politikasında istenilen bir hedeftir. Katastrofik sağlık harcamaları her zaman yüksek sağlık bakım maliyetleri ile eş anlamlı kullanılmaz. Örneğin, bir ameliyat için gelen yüksek bir fatura, ücretsiz/sübvansiyonlu bir fiyattan sağlandığında ya da üçüncü taraf sigortası tarafından karşılandığında hane halkı tüm maliyeti üstlenmediği için katastrofik olmayacaktır. Ancak, yaygın hastalıklar için yapılan küçük masraflar, sigorta güvencesi olmayan yoksul haneler için mali açıdan yük oluşturacaktır (Xu vd. 2003:111).

2.3.Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Sağlık sistemlerinin farklı özellikleri vardır. Bu da ülkelerin sosyo-ekonomik ve demografik yapılarının birbirinden farklı olmasından kaynaklanır. Bu özellikler hem sağlık harcamalarını hem de sağlık hizmetleri sunumu sonucu ortaya çıkan çıktıları olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık harcamaları sağlık sistemlerinin işleyişinde ülkeler arası karşılaştırmalarda kullanılan temel sağlık göstergeleri arasında önemli bir yere sahiptir (Tıraş, Ağır 2017:198).

Hane halkı ve hükümet bütçeleri, sağlık hizmetlerine yapılan harcamalardan dolayı zorlanmaktadır. Sağlık hizmetlerine harcanan pay gün geçtikçe artış göstermesi, sağlık harcamalarını olumlu veya olumsuz yönde etkileyen faktörlerin incelenmesini önemli hale getirmiştir (Hsiao 2000:3). Çünkü ülkelerin hem mevcut hem de gelecek nesillerin sağlıklı bir yaşam sürmesi için sağlık harcamalarını sürdürülebilir bir boyutta gerçekleştirmesi gerekmektedir. Yapılan sağlık harcamasının her ülke de farklı düzeyde olması beklentisi ya da aynı gelişmişlikte olan ülkelerde bile farklı sağlık harcamasıyla karşılaşılmasının nedeni sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin (özellikle demografik yapı, gelir düzeyi ve teknolojik gelişmeler gibi) her ülkede farklı yapıda ya da düzey de olması kaynaklıdır (Arı, 2018:1).

Ayrıca, sağlık ile ilgili alınacak kararlarda politika belirleyicilerine yardımcı olan sağlık harcamaları üzerinde olumlu ya da olumsuz etkilere sebep olan faktörlerin neler olduğu ile ilgili yapılmış bir çok teorik ve ampirik çalışma vardır. Bu çalışmalar sürdürülebilir sağlık politikalarına katkı sağlamak amacıyla sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin neler olduğunun tespiti içindir. Genel olarak sağlık harcamalarını etkileyen faktörler arasında ülkenin demografik yapısı, sağlık hizmetlerine erişim, sosyal, ekonomik ve kültürel yapısı, teknolojik birikim, çevresel etkiler gibi pek çok değişken vardır (Ke, vd. 2011:1; Çalışkan, Sanioğlu 2022: 8). Bundan sonra, sağlık harcamalarını etkileyen faktörler ayrıntılı olarak incelenecektir.

2.3.1.Gelir Düzeyi

Bireylerin refah içinde yaşama isteği, çalışma hayatının devamlılığı için sağlıklı olma halini beraberinde getirmektedir. Bireyler hem iyi yaşam koşulları hem de çalışma hayatında daha verimli olabilme adına gelirleri arttığında sağlık hizmetleri kalitesi ve kapsamına ilişkin beklentileri artmaktadır (Mutlu, Işık 2012: 217; Farag vd. 2012: 146). Bireylerin gelir düzeyi sağlık harcamalarının hem düzeyini hem de artışını gösteren önemli değişkenlerden birisidir (Yaşar, Aydın 2020: 53).

Gelir düzeyi ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi ile ilgili literatürde birçok çalışma yer almaktadır. Özellikle bu çalışmalarda sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliğinin pozitif ve 1'den büyük olduğunu gösteren sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre, sağlık hizmetleri talebi yüksek bir gelir esnekliğine sahiptir. Gelir esnekliği, sağlık hizmetlerine olan talebin, diğer her şey eşit olmak kaydıyla, o mal/hizmeti talep edenlerin gelirlerindeki değişikliklere duyarlılığı olarak tanımlanabilir. Bu nedenle, bireylerin ek bütçelerinin ne kadarını sağlık hizmetlerine ayırmaya istekli olduklarına ilişkin davranışsal tercihlerini göstermektedir (Marino, vd. 2017: 22). Bu özelliğin olduğu mallar, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin satın almasından dolayı, genellikle lüks mal ve hizmet olarak tanımlanmaktadır. Böyle bir durumun ortaya çıkması, bu tür malların gereksiz olduğu anlamına gelmemektedir. Sadece gelir arttıkça çok miktarda talep edildiğini ifade etmektedir. Bu durum gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerine, toplamda daha fazla harcama yapmalarının yanı sıra GSYİH 'nın daha yüksek bir oranını, sağlık hizmetlerine harcadıkları bulgusunu da açıklayabilmektedir (McPake, Normand 2008: 26).

Musgrove vd. (2002: 134) yapmış oldukları çalışmada sağlık harcamalarının gelir esnekliğinin 1'den yüksek gerçekleştiğini ifade etmiştir. Mario vd. (2017: 4) Söz konusu çalışmada; ülkeler arası ekonometrik çalışmaların çoğunun, sağlık harcamalarını etkileyen diğer değişkenler hesaba katıldıktan sonra, yüksek gelirli ülkelerde gelir esnekliğinin birden az olduğu görülmüştür. Daha spesifik olarak, ortalama esneklik tahmini 0,75'tir. Aynı zamanda, düşük ve orta gelirli ülkelerin daha yüksek esneklik gösterdiği ifade edilmiştir.

Gelir düzeyinin sağlık harcamaları üzerindeki etkisini Acemoğlu vd. (2009: 37) yapmış olduğu çalışmada, gelirdeki artışın GSYİH içinde yer alan sağlık payındaki artışın birincil itici gücü olma ihtimalinin düşük olduğunu öne sürmüştür. Newhouse (1977:123) konu ile ilgili çalışmasında, hem ülkeler arası hem de ülke içi verilerin, ulusal tıbbi bakım harcamalarının gelir esnekliğinin birden büyük olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Cantarero ve Lago-Penas (2010: 726)'ın çalışmalarında, kamu sağlık harcamalarının gelir esnekliğinin, sağlık harcamalarını etkileyen diğer değişkenlere bağlı olarak önemli ölçüde değiştiğini ifade edilmiştir.

Getzen (2000: 260) konuyla ilgili çalışmasında, sigorta kapsamındaki bireysel sağlık harcamalarının gelir esnekliğinin (genellikle toplam harcamanın %60 ila %95'i) sıfıra yakın veya negatifken, ulusal sağlık harcamalarının ulusal gelire göre esnekliğinin 1'den fazla olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca Sen (2005: 160) 1990-1998 yıllarına ait (panel veri setini kullanarak) OECD ülkeleri için yaptığı çalışmasında esnekliklerin birin altında olduğuna ilişkin bir sonuca ulaşmıştır.

Sağlık harcamalarının gelir esnekliğiyle ilgili çalışmalarda uluslararası literatürde farklı sonuçlarla karşılaşılmasından dolayı bir fikir birliği söz konusu değildir. Ancak literatürde yapılan çoğu çalışmada, gelir düzeyinin sağlık harcamalarını etkileyen faktörler arasında önemli bir paya sahip olduğu öne sürülmektedir (Hansen, King 1996: 129; Baltagi, Moscone 2010: 20).

2.3.2.Nüfusun Yaş Yapısı

Gelecekteki sağlık harcamalarını tahmininde, kişi başına düşen sağlık bakım maliyetlerinin farklı yaş grupları arasındaki dağılımı ile ilgili bilgi önemlidir (Gregerson 2014: 979). Ülke nüfusu içinde artan yaşlı nüfus ile bağlantılı olarak sağlık harcamalarının artması hipotezi, yaşlılık dolayısıyla meydana gelen kronik hastalıkların yaygınlığından kaynaklanmaktadır (Mario vd. 2017:17). Melberg (2014: 581) çalışmasında yaş ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi şu örnekle açıklamıştır. Yaş arttıkça kişi başına ortalama hastane harcaması başlangıçta yavaş bir şekilde artarken, 50 yaşından sonra ortalama harcama daha hızlı artmaktadır. Genel bir kural olarak, 60 yaşındakilerin ortalama harcaması 40 yaşındakilerin harcamalarının iki katı, 70 yaşındakilerin harcamaları ise dört kat, 80 yaşındakilerin hastane harcamaları ise 40 yaşındakilere göre ortalama altı kat daha fazla olduğu ifade edilmiştir. Harcama daha sonra 80 yaş civarında zirveye çıkma ve hatta daha ileri yaş gruplarında bir miktar düşme eğilimi göstermiştir.

Hangi demografik özelliklerin sağlık harcamaları üzerinde en güçlü etkiye sahip olduğu tam olarak açık değildir. Belirli bir yaşın üzerindeki insanların sayısı, belirli düzeyde engellilik veya hastalığa sahip olanların sayısı ve yaşamlarının son yıllarındaki sayısı gibi değişkenler farklı sonuçlar ortaya çıkaracaktır. Özellikle son zamanlarda yapılan çalışmalar sağlık harcamalarının, yaştan ziyade bireyin ölüme yakınlığından kaynaklandığını ileri sürmüştür. Bu çalışmalar "kırmızı ringa balığı hipotezi" sonucuna ulaşmaktadır (Gray 2005: 15).

Literatürde; sağlık harcamaları ile nüfus yapısı incelenirken sıklıkla iki kavram gündeme gelmektedir: "kırmızı ringa balığı hipotezi" ve "dikleşme hipotezi". Kırmızı ringa balığı hipotezi, sağlık harcamalarındaki artışın yaşa göre değil, ölüme kadar geçen süreye göre belirlendiğini ifade etmektedir. Dikleşme hipotezi ise yaşlılar için kişi başına düşen sağlık harcamalarındaki büyümenin nüfusun geri kalanından daha yüksek olduğunu ifade etmektedir (Gregerson 2014: 979-980).

Bireysel sağlık harcamaları, yaşla birlikte artış gösterir (Dormont vd. 2006: 947). Bireyler yaşlandıkça sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyacakları için ülke nüfus yapısı ile sağlık harcamaları arasında ilişki söz konusudur (Meijer vd. 2013: 354). Zweifel vd.(1999: 485) çalışmalarında son 30 yılda çoğu gelişmiş ülkede gözlemlenen, kişi başına sağlık harcamalarının istikrarlı artışından nüfusun yaşlanmasının sorumlu tutulduğu sağlık sektörü için özellikle ciddi sonuçlar oluşturacağını ifade etmiştir. Ayrıca kişi başına sağlık harcamaları ile ülke nüfus yapısındaki yaş dengesi (yaşlı nüfusun genç nüfustan fazla olması ya da genç nüfusun yaşlı nüfustan fazla olması gibi) arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Söz konusu ilişkinin, özellikle gelecekteki nüfus yaşlanmasının, kişi başına düşen sağlık harcamalarında sürekli bir artışa neden olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 5: OECD Ülkelerinde Toplam Nüfusun İçinde Yaşlı Nüfus Oranı

ÜLKELER /YILLAR	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Avustralya	13,5	13,8	14,1	14,4	14,6	14,9	15,1	15,4	15,6	15,9	16,3	16,7	17,0
Almanya	20,6	20,7	20,7	20,8	20,9	21,0	21,1	21,3	21,4	21,6	21,8	22,0	22,1
ABD	13,0	13,3	13,7	14,1	14,5	14,8	15,2	15,6	16,0	16,4	16,5	16,9	17,3
Avusturya	17,6	17,7	18	18,1	18,4	18,4	18,5	18,6	18,7	18,9	19,1	19,3	19,5
Belçika	17,1	17,3	17,5	17,7	18	18,2	18,4	18,6	18,8	19,0	19,2	19,4	19,6
Birleşik Krallık	16,3	16,5	17	17,3	17,6	17,8	18	18,1	18,3	18,5	18,6	18,7	18,9
Çekya	15,3	15,9	16,5	17,0	17,6	18,0	18,5	19,0	19,4	19,7	20,0	20,5	20,4
Danimarka	16,5	17,1	17,7	18,0	18,4	18,7	18,9	19,2	19,4	19,7	20,0	20,3	20,4
Estonya	17,4	17,6	17,9	18,2	18,5	18,8	19,1	19,4	19,6	19,9	20,1	20,3	20,3
Finlandiya	1,26	17,8	18,5	19,0	19,6	20,2	20,6	21,1	21,6	22,0	22,4	22,8	23,1
Fransa	1,67	16,9	17,4	17,7	18,1	18,6	19,0	19,4	19,8	20,2	20,5	20,8	21,1
Hollanda	15,4	15,9	16,5	17,0	17,5	17,9	18,3	18,6	19,01	19,3	19,6	19,9	20,1
İrlanda	11,3	11,6	12	12,3	12,6	13,0	13,2	13,5	13,8	14,1	14,4	14,8	15,0

İspanya	16,9	17,2	17,5	17,9	18,3	18,6	18,8	19,0	19,2	19,4	19,6	19,9	20,2
İsrail	9,87	10,1	10,3	10,5	10,7	10,9	11,2	11,4	11,6	11,8	12,0	12,2	12,3
İsveç	18,2	18,6	19	19,2	19,5	19,7	19,7	19,8	19,8	19,5	20,0	20,1	20,3
İsviçre	16,9	17	17,3	17,5	17,7	17,8	18,0	18,1	18,3	18,5	18,7	18,9	19,1
İtalya	20,4	20,6	21	21,3	21,6	22	22,2	22,5	22,7	23,0	23,3	23,6	23,9
İzlanda	12,1	12,5	12,8	13,0	13,3	13,7	13,9	14,0	14,1	14,3	14,5	14,8	15,0
Japonya	23,0	23,3	24,2	25,0	25,9	26,6	27,2	27,6	27,9	28,2	28,5	28,8	29
Kanada	14,1	14,4	14,9	15,2	15,6	16,0	16,4	16,7	17,1	17,5	18,0	18,5	18,8
Kolombiya	7	7,19	7,4	7,61	7,84	8,08	8,32	8,56	8,8	9,01	9,31	9,52	9,74
Kore	10,8	11	11,5	11,9	12,3	12,8	13,1	13,7	14,2	14,8	15,7	16,5	17,4
Kosta Rika	6,46	6,63	6,79	6,96	7,15	7,36	7,6	7,88	8,18	8,51	8,86	9,23	9,61
Letonya	18,2	18,5	18,7	18,9	19,2	19,5	19,7	20	20,1	20,3	20,6	20,8	20,9
Litvanya	17,6	18	18,2	18,3	18,5	18,8	19,1	19,4	19,7	19,8	19,9	19,9	19,9
Lüksemburg	13,9	13,9	14	14,0	14,1	14,2	14,2	14,2	14,3	14,4	14,5	14,6	14,8
Macaristan	16,6	16,8	17	17,3	17,7	18,0	18,4	18,8	19,1	19,6	20,1	20,4	20,5
Meksika	6,12	6,23	6,36	6,49	6,62	6,76	6,91	7,07	7,25	7,44	7,64	7,86	8,09
Norveç	14,9	15,3	15,5	15,7	16,0	16,2	16,5	16,7	17,0	17,4	17,7	18,0	18,3
OECD	**14,4**	**14,6**	**15**	**15,3**	**15,6**	**16**	**16,2**	**16,5**	**16,8**	**17,1**	**17,3**	**17,6**	**17,9**
Polonya	13,4	13,6	14	14,4	15	15,5	16,1	16,6	17,2	17,8	18,4	18,8	19,1
Portekiz	18,4	19	19,3	19,7	20,2	20,6	21,1	21,5	22	22,4	22,9	23,4	23,7
Slovakya	12,3	12,7	13	13,3	13,7	14,2	14,7	15,2	15,7	16,3	16,8	17,2	17,6
Slovenya	16,5	16,6	17	17,2	17,6	18,1	18,6	19,1	19,6	20,0	20,4	20,9	21,3

Şili	9,3	9,59	9,82	10,0	10,3	10,6	10,9	11,2	11,5	11,8	12,1	12,4	12,9
Türkiye	7,12	7,29	7,43	7,6	7,83	8,11	8,29	8,43	8,65	8,92	9,3	9,63	9,82
Yeni Zelanda	12,9	13,2	13,7	14,0	14,3	14,5	14,6	14,8	15	15,2	15,	15,9	16,4
Yunanistan	19,1	19,5	19,9	20,2	20,6	21,0	21,4	21,6	21,9	22,1	22,4	22,6	22,8

Kaynak: OECD (2023a), Elderly population (indicator). doi: 10.1787/8d805ea1-en Erişim Tarihi:08.11.2023

Tablo 5'te; OECD üyesi ülkelerin toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranı 2010-2022 yılları arasındaki düzeyi listelenmiştir. Buna göre 2010 yılında yaşlı nüfus oranı OECD ülkelerinde ortalama yüzde 14,43 olmuştur. 2010 yılında İtalya, Japonya ve Almanya %14'den fazla düzeyde en yüksek yaşlı nüfusa sahip ülkeler olarak görülmektedir. Meksika, Türkiye, Şili, İsrail, Kosta Rika ve Kolombiya ise 2010 yılında yaşlı nüfus oranının en az olduğu ülkelerdir. 2022 yılına gelindiğinde ise Japonya, İtalya ve Almanya ile beraber 13 OECD'ye üye ülke yaşlı nüfus oranı %20'leri geçmiştir. Hatta Japonya'da %29 oranına ulaşmıştır. Meksika, Kosta Rika, Kolombiya ve Türkiye ise 2022 yılında henüz %10 düzeyini geçmeyen dört ülke olarak gerçekleşmiştir. Tablo 5'de görüldüğü üzere ülkelerin yaşlı nüfus oranı 2010-2022 yılları arasında düzenli şekilde artmaktadır.

2.3.3.Yaşam Süresinin Uzaması

Küresel olarak bir nüfusun sağlık durumunun temel ölçüsü olarak doğumda beklenen yaşam süresi kullanılmaktadır. Ayrıca bu veri farklı nüfuslar arasında karşılaştırma yapmaya da olanak vermektedir. Dünya çapında yaşam beklentisi on dokuzuncu yüzyıldan bu yana; yaşam standartlarının yükselmesi, kamu sağlığı önlemlerinin uygulamaya konması, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, tıbbi teknolojilerdeki ilerlemeler ve yaşam tarzındaki değişikliklerle birlikte önemli ölçüde artmaktadır. İyileşme hızında dönemsel dalgalanmalar olmasına rağmen çoğu ülkede son yıllarda ortalama yaşam süresinde sürekli iyileşmeler görülmektedir. Gelir, eğitim, istihdam, yaşam ve çalışma koşulları, daha iyi beslenme, su, atık ve kanalizasyon gibi alt yapı iyileştirilmeleri, anne ve bebek ölüm oranlarının azalması ve tıptaki ilerlemeler gibi unsurlar yaşam beklentisini etkilemektedir (Raleigh 2019: 10; Zuhal 2021:145-146).

Doğumda beklenen yaşam beklentisi son yarım yüzyılda tüm OECD ülkelerinde artmış olsa da, COVID-19 salgınından önceki on yılda ilerleme duraksamış ve birçok ülkede salgın sırasında yaşam beklentisinde belirgin düşüşler yaşanmıştır. Tablo 6'da; 2021 yılında doğumda beklenen yaşam süresi OECD ülkelerinde ortalama 80,3 yıl olarak görülmektedir. Buna göre Japonya, İsviçre ve Kore, doğumda beklenen yaşam süresinin 80 yılı aştığı 27 OECD üyesi ülkeden oluşan büyük bir gruba öncülük etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nin de dahil olduğu ikinci bir grup ise 75 ila 80 yıl

arasında yaşam beklentisine sahiptir. Letonya, Litvanya, Macaristan ve Slovak Cumhuriyeti 75 yılın altında yaşam beklentisi ile OECD ülkeleri arasında en düşük yaşam beklentisine sahip ülkelerdir (OECD 2023b: 20).

Tablo 6: OECD Ülkelerinde Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (2010 – 2021)

Ülkeler/ Yıllar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Almanya	80.5	80.6	80.7	80.6	81.2	80.7	81.0	81.1	81.0	81.3	81.1	80.8
ABD	78.7	78.7	78.8	78.8	78.9	78.7	78.7	78.6	78.7	78.8	77.0	76.4
Avustralya	81.7	81.9	82.0	82.1	82.3	82.4	82.4	82.5	82.7	82.9	83.2	83.3
Avusturya	80.7	81.1	81.1	81.3	81.6	81.3	81.8	81.7	81.8	82.0	81.3	81.3
Belçika	80.3	80.7	80.5	80.7	81.4	81.1	81.5	81.6	81.7	82.1	80.8	81.9
Birleşik Krallık	80.4	80.7	80.8	80.9	81.1	80.9	81.0	81.1	81.1	81.4	80.4	-
Çekya	77.7	78.	78.1	78.3	78.	78.7	79.1	79.1	79.1	79.3	78.3	77.2
Danimarka	79.3	79.9	80.2	80.4	80.7	80.8	80.9	81.1	81.	81.5	81.6	81.5
Estonya	76.0	76.6	76.7	77.5	77.4	78.0	78.0	78.4	78.5	79.0	78.9	77.2
Finlandiya	80.2	80.6	80.7	81.1	81.3	81.6	81.5	81.7	81.8	82.1	82.0	81.9
Fransa	81.9	82.3	82.1	82.4	82.9	82.4	82.7	82.7	82.8	83.0	82.3	82.4
Hollanda	81.0	81.3	81.2	81.4	81.8	81.6	81.7	81.8	81.9	82.2	81.4	81.4
İrlanda	80.8	80.9	80.9	81.0	81.4	81.5	81.7	82.2	82.2	82.8	82.6	82.4
İspanya	82.4	82.6	82.5	83.2	83.3	83.0	83.5	83.4	83.5	84.	82.4	83.3
İsrail	81.7	81.8	81.8	82.1	82.2	82.2	82.5	82.7	82.9	82.9	82.7	82.6
İsveç	81.6	81.9	81.8	82.0	82.3	82.2	82.4	82.5	82.6	83.2	82.4	83.1
İsviçre	82.7	82.8	82.8	82.9	83.3	83.0	83.7	83.7	83.8	84.0	83.1	83.9

İtalya	82.2	82.4	82.4	82.9	83.2	82.7	83.4	83.1	83.4	83.6	82.3	82.7
İzlanda	81.9	82.4	83.0	82.1	82.9	82.5	82.2	82.6	82.9	83.2	83.1	83.2
Japonya	82.9	82.7	83.2	83.4	83.7	83.9	84.1	84.2	84.3	84.4	84.6	84.5
Kanada	81.4	81.6	81.8	81.8	81.9	81.9	82.0	81.9	81.9	82.3	81.7	81.6
Kolombiya	74.3	74.5	74.7	75.0	75.2	75.4	75.7	75.9	76.5	76.6	76.7	76.8
Kore	80.2	80.6	80.9	81.4	81.8	82.1	82.4	82.7	82.7	83.3	83.5	83.6
Kosta Rika	79.1	79.1	79.4	79.6	79.7	79.9	80.0	80.2	80.3	80.5	80.6	80.8
Letonya	73.1	73.9	74.1	74.3	74.5	74.8	74.9	74.9	75.1	75.7	75.5	73.1
Litvanya	73.3	73.7	74.1	74.1	74.7	74.6	74.9	75.8	76.0	76.5	75.1	74.2
Lüksemburg	80.8	81.1	81.5	81.9	82.3	82.4	82.7	82.1	82.3	82.7	82.2	82.7
Macaristan	74.7	75.1	75.3	75.8	76.0	75.7	76.2	76.0	76.2	76.5	75.7	74.3
Meksika	74.8	74.9	75.0	75.0	75.0	74.7	74.8	74.9	75.0	75.1	75.2	75.4
Norveç	81.2	81.4	81.5	81.8	82.2	82.4	82.5	82.7	82.8	83.0	83.3	83.2
Polonya	76.4	76.8	76.9	77.1	77.8	77.5	78.0	77.8	77.7	78.0	76.5	75.5
Portekiz	80.1	80.7	80.6	80.9	81.3	81.3	81.3	81.6	81.5	81.9	81.1	81.5
Slovakya	75.6	76.1	76.3	76.6	77.0	76.7	77.3	77.3	77.4	77.8	77.0	74.6
Slovenya	79.8	80.1	80.3	80.5	81.2	80.9	81.2	81.2	81.5	81.6	80.6	80.7
Şili	78.7	79.0	79.2	79.4	79.6	79.8	80.0	80.2	80.4	80.6	80.8	81.0
Türkiye	74.3	74.6	74.6	78.0	78.0	78.0	78.0	78.1	78.3	78.6	77.7	77.5
Yeni Zelanda	80.8	81.0	81.2	81.4	81.4	81.5	81.6	81.7	81.7	82.1	82.3	82.3

Yunanistan	80.6	80.8	80.7	81.4	81.5	81.1	81.5	81.4	81.9	81.7	81.4	80.2

Kaynak: OECD (2023b), Life expectancy at birth (indicator). doi: 10.1787/27e0fc9d-en (Erişim Tarihi: 08.11.2023)

Artan uzun ömürlülük gelişmekte olan ülkelerin ekonomisi için olumsuz olarak değerlendirilebilir. Yaşlı nüfus daha fazla bakım ve daha sofistike sağlık hizmetleri gerektirmekte, bu da daha yüksek sağlık harcamalarına neden olabilmektedir (Zaman vd. 2017: 10). James vd.(2015: 14) OECD üyesi ülkelerin, sağlık harcamalarında gerçekleşen %10'luk bir artışın 1995-2015 yılları arasında 3,5 aylık bir yaşam beklentisi artışına yol açtığını elde etmişlerdir.

2.3.4.Teknolojik Gelişme

Tıbbi alandaki teknolojik gelişmeler, sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmaktadır. Günümüzdeki teknolojik ve bilimsel ilerlemenin hızlı gelişimi sağlığın korunması ve gelişimi açısından önemlidir. Sağlık hizmetlerinin sunulmasındaki verimliliğin artırılmasında sadece kullanılacak alet ve ekipman değil aynı zamanda hastalıkların önlenmesinde ya da sağlıklı yaşamın devamı için yapılan araştırma ve geliştirme çalışmaları da önemli bir katkı sağlayacaktır. Sağlık sistemi içerisinde sağlık teknolojilerinin gelişimi aynı zamanda ekonomik ve toplumsal sonuçları olan bir konudur. Bir teknolojinin sağlık üzerindeki etkisi kaynakların kullanılabilirliği, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin uygulanabilirliği ve maliyet unsuruna bağlıdır (Mutlu, Işık 2012: 222; Velasco vd. 2005: 2).

Sağlık teknolojisindeki ilerlemeler, sağlık alanındaki maliyetleri iki şekilde etkilemektedir. Birincisi eski teknolojinin yeni ve gelişmiş teknolojiyle değiştirilmesiyle sonuçlanan "tedavi ikame etkisi". İkincisi ise yeni ve güvenli teknolojinin yaygınlaşmasıyla ortaya çıkan "tedavi yaygınlaştırma etkisi". Bu da hekimlerin daha sık teşhis koymasını ve hastaların kendi sağlık durumlarına daha fazla dikkat etmelerini sağlamaktadır (Amiri 2021: 10).

Newhouse (1992) çalışmalarıyla, teknolojik ilerlemeyi sağlık harcamaları açısından itici bir güç olarak görmüştür. Tıbbi bakım teknolojisindeki değişiklikler için, incelenen modellerin türüne göre çeşitli değişkenler kullanılmıştır. Tıbbi uygulamalardaki teknolojik ilerleme ve çeşitliliğin, sağlık harcamalarının düzeyinde ve büyümesinde belirleyici rol oynamakta olduğu çalışmalarla ifade edilmiştir (Ke vd. 2011: 4).

Dybczak ve Przywara (2010: 7) çalışmalarında teknolojik gelişmeyi şu şekilde açıklamıştır. Ampirik kanıtlar, yeni teknolojilerin maliyet artırıcı etkisine açıkça işaret etse de, belirli bir teknolojinin maliyetleri artırması veya azaltması, birim maliyet üzerindeki etkisine ve kullanım düzeyine veya tedavinin mevcut yöntemleri tamamlayıp tamamlamadığına veya yerini alıp almadığına da bağlıdır.

Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet sunumu ile bireyler daha iyi yaşam kalitesine ulaşmakta böylelikle çalışma yeteneklerinde de gelişim sağlanmaktadır. Bu gibi olumlu sonuçlara teknolojik gelişme vasıtasıyla ulaşılmaktadır. Sağlık harcamalarını artıran bir unsur olmasının yanı sıra hizmet sunumunu kaliteli hale getirmesi ile beşeri sermaye üzerinde olumlu sonuçlar sağlamaktadır (Marino, Lorenz 2019:30).

2.3.5.Sağlık Sistemi Özellikleri

Ekonomik kalkınma için önemli bir unsur olan sağlık, beşeri sermayenin oluşumu üzerinde etkilidir. Bunun için dünya genelinde sağlık hizmetlerinin sunumu için verimli, etkili ve kurumsal sağlık sistemlerin kurulması amacıyla yapılan çalışmalar vardır. Sağlık sistemleri ve uygulanacak politikaların belirlenmesinde dikkat edilen nokta sağlık hizmetlerinin erişilebilir olmasıdır (Keyifli 2021:193-195).

Sağlık sistemlerinin temelinde sağlık hizmetlerinin kaynakları, kaynakların yönetimi, organizasyonu, sunumu ve finansmanı vardır (Daştan, Çetinkaya 2015: 106). Sağlık sistemlerinin çeşitli olması, farklı özelliklere sahip olması sağlık harcamalarını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyecektir. Örneğin; sağlık hizmetlerinin sunumunda birinci ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha baskın olması sağlık harcamalarının daha düşük olduğunu ifade etmektedir. Bu durumun yanı sıra hizmet başına gerçekleştirilen geri ödeme, hasta başına yapılan geri ödemelerden daha fazla sağlık harcamalarına neden olduğu ifade edilmektedir (Yaşar, Aydın 2020: 56-57).

2.3.6.Epidemiyolojik İhtiyaçlar

Bir ülkede yaşayan bireylerin hastalık, kaza ve sağlıkla ilgili durumların dağılımını, görülme sıklıklarını ve bunları etkileyen değişkenleri inceleyen bilim dalı epidemiyolojidir. Bu bilim dalının amacı, sağlığı geliştirmek ve hastalıkları azaltmak için sağlık bilgilerini toplamak, yorumlamak ve kullanmaktır. Aynı zamanda saymış olduğumuz durumların sağlık harcamaları üzerindeki etkisi de incelenmektedir. Özellikle nüfus artışı ve ülkeler arası yaşanan göçlerin ortaya çıkardığı salgın hastalıklardan korunma ve mücadele etme, kronik hastalıkların görülme sıklığında meydana gelen artış, bu artışın önlenmesi için yapılan çalışmalar sağlık harcamalarının artmasına neden olan durumlar arasında sayılmaktadır (Yaşar, Aydın 2020: 57).

Dever (1976:453-454) çalışmasında, bir epidemiyolojik modelin uygulanmasının dört adımdan oluştuğunu belirtmiştir. Bunlardan birinci adım, yüksek risk taşıyan ve genel morbidite ve mortaliteye önemli ölçüde katkıda bulunan hastalıkların seçilmesidir. İkinci adım, hastalığa katkıda bulunan faktörlerin epidemiyolojik modelin dört unsuruna orantılı olarak dağıtılmasıdır. Üçüncü adım, toplam sağlık harcamalarının epidemiyolojik modelin dört unsuruna orantılı olarak dağıtılmasıdır. Dördüncü adım ise yukarıdaki ikinci ve üçüncü adım arasındaki oran farkını belirlemektir.

2.3.7.Baumol Etkisi

Literatürde "maliyet hastalığı" ya da "Baumol ve Bowen" hipotezi olarak bilinen teoriye konu olan sektörlerin ortak özellikleri, üretim fonksiyonlarının genelde emek-yoğun olmaları ve emek ile sermaye arasında ikame esnekliğinin oldukça sınırlı olmasıdır. Ayrıca bazı sektörlerde ise sermaye yoğun olması teknoloji-kaynaklı verimlilik artışları gözlemlenmekte ve bu teknoloji-kaynaklı verimlilik artışları beraberinde ücret artışlarını da getirmektedir. Verimlilikte oluşan artışın ücret artışlarına göre düşük olduğu sektörlerde nispi maliyet artacaktır. O zaman "maliyet hastalığı" verimlilikleri düşük olan sektörlerde hızlı ücret artışlarının oluşturduğu maliyet ya da nispi maliyet artışlarıdır (Aslan, Aslan 2008: 2).

Marino vd. (2017: 26) çalışmalarında, sağlık hizmetlerinin uzun vadede, şu anda ilerici olmadığı, yani teknolojik ilerlemeler, sermaye yatırımları ve ölçek ekonomileri, ekonominin ilerici sektörleriyle aynı seviyede olan kümülatif bir çıktı artışı sağlamadığını ve bu argümanın sonucu, sağlık sektöründeki üretkenliğin, ekonominin genel üretkenliği tarafından geride bırakılacağı ve bu nedenle, genel büyümeyi dengelemek için sağlık sektöründeki ücret ve maaşlara giderek artan bir harcama payının tahsis edilmesi gerekeceğini ifade etmiştir. Otomasyon ve daha iyi teknoloji genellikle büyük üretkenlik artışlarına izin vermediğinden, sağlık hizmetleri bu hastalıktan muzdarip olduğu varsayılan sektörlerden biridir. Yeni teknolojinin sağlık alanında getirdiği yenilikler ve artışlar, herkesi tedavi etmek için konusunda uzman personelin işe alınması gerekeceğinden, harcamaları da artıracaktır. Ayrıca, yeni teknolojiler söz konusu doktorlar için daha özel eğitim gerektirir. Bu da daha fazla yıllık deneyim gerektirdiğinden doktorlara ödenen ücretleri daha da arttırır.

Son yıllarda Baumol'un maliyet hastalığı sağlık maliyetlerine etkisi üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Söz konusu çalışmalarda, OECD ve gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarındaki artışı büyük ölçüde Baumol'un maliyet hastalığı ile açıklandığı tespit edilmiştir. Wang ve Chen (2021:2) Çin'in sağlık harcamalarının artışında, gelir ve Baumol'un maliyet hastalığının büyük ölçüde etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2.3.8. Eğitim Düzeyi

Sağlık ve eğitim bireylerin üretkenliğine etki eden iki önemli unsurdur. Eğitim düzeyinin artması bireylerin sağlık konusunda daha bilinçli olmasını sağlayacaktır. Sağlıklı yaşam, farkındalığının oluşması özellikle bireylerin daha kaliteli ve sağlıklı yaşamayı destekleyici hizmet talep etmelerine neden olacaktır. Eğitim düzeyinin yüksek olması sağlık hizmetleri piyasasında, hasta beklentisini artırıcı bir unsurdur. Sağlık bilincine sahip bireyler, koruyucu sağlık hizmetine olan talebi artıracaktır. Çünkü bazı hastalıklarda erken tanı ve tedavinin önemini bilen bireyler tercihi daha çok bu yönde kullanacaktır. Eğitim düzeyi yüksek bir anne adayının sağlıklı bir bebek dünyaya getirmek için gerekli takip ve

tahlilileri yaptırmış olması gelecekte ortaya çıkma ihtimali olan hastalık durumlarının önüne geçmede bir tedbirdir. Belli bir yaş sınırına ulaşmış kadın ve erkeklerin periyodik kontrollerini yaptırması sağlıklı olma halinin devamlılığı için önemlidir. Eğitim düzeyi sağlık harcamalarını etkileyen bir unsurdur. Özellikle bireylerin, daha kaliteli, verimli, erişimi kolay olan sağlık kurumları ve sağlık personelini istemiyle ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda toplumdaki bireylerin yaşam tarzları ve eğitim düzeylerinin sağlık statülerini etkilediği öne sürülmektedir (Gan, Gong 2007:2; Wonderling, vd. 2005:189).

2.3.9. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Sosyal değer yargıların değişmesi, ülkelerin içinde bulunduğu gelişmişlik düzeyine bağlıdır. Bu değişim her alanda olduğu gibi sağlıkla ilgili konularda da kendini göstermektedir. Bireylerin ortalama hayat beklentilerinin çoğalması, günümüzün ortaya çıkardığı hastalıklarla mücadele ve ülke ekonomilerinde yaşanan inişler-çıkışlar, kişilerin sosyal güvenlik hizmetlerini daha çok talep etmeleri, sağlık harcamalarını artıran bir unsurdur. Çevresel ve sosyal etkilerin bireylerin üzerinde oluşturduğu baskı bazı sağlık hizmetlerini talep etmelerini engellerken günümüzde tam tersi bir durum vardır. Fiziksel sağlıklı olma halinin yanı sıra ruhsal sağlığın önemi de sürekli vurgulanmaktadır. Ruhsal hastalıkların tanı ve tedavisi konusundaki çekingenliğin zaman içinde toplumda azaldığı görülmektedir. Bu da ilgili alanda sağlık kuruluşu, nitelikli personel istihdamı ve ekipman temin edilmesi gibi etkenler doğrultusunda sağlık harcamaları üzerinde artırıcı bir etki oluşturmaktadır. Gelecek kaygısının oluşması da sağlık hizmetlerinin tüketimini artıran bir durumdur. Bu durum temel sağlık hizmetlerinin verildiği gelişmiş ülkeler için daha çok geçerlidir. Çünkü gelişmekte ve gelişmemiş ülkelerde tam aksi bir durum söz konusudur. Sosyal değerlerin değişmesi özellikle bireylerin zararlı madde kullanımı açısından önem arz etmektedir. Özellikle uyuşturucu ile mücadele nedeniyle harcamalar artmaktadır. Bunun yanı sıra sağlığa zarar veren diğer tüketim malları ile ilgili (sigara, alkol, şekerli ürünler gibi) sorunların ortaya çıkması bunlar için gerekli hastane, alt yapı ve uzman personel yetiştirilmesi sağlık harcamaları üzerinde artırıcı etki oluşturmaktadır (Mutlu, Işık 2012: 218-219).

2.3.10. Kentleşme

Ulusal ve bölgesel ekonomilerde kentler hayati bir rol oynamaktadır. Özellikle bireyler eğitim, istihdam, hizmetler, kültürel zenginleşme ve daha iyi sağlık beklentisinden dolayı kentlerde yaşamayı tercih etmektedir (Moore, vd. 2003:269).

Bireylerin ihtiyaçlarına daha rahat ulaşmak istemeleri kent sayısını artmaktadır. Sanayi devrimi öncesi kentleşme olgusunun başladığı ancak modern kent haline daha çok sanayi devrimi sonrasında geldiği görülmektedir. Kentleşmenin hem olumlu hem de olumsuz yönleri vardır. Kırsal kesime göre sosyal olanakların artması bireyler için olumlu bir katkı sağlarken, aşırı nüfus artışından dolayı ortaya

çıkacak düşük yaşam standartları kentleşmenin olumsuzluklarını oluşturmaktadır. Bir yanda sağlık hizmetlerine, sanitasyona ve güvenli beslenmeye kolay erişimin faydaları bulunmaktadır. Diğer yanda ise aşırı kalabalıklaşma, kirlilik, sosyal yoksunluk, suç ve strese bağlı hastalıkların oluşumu bulunmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde kentleşme aynı zamanda hipertansiyon, kalp hastalığı, obezite, diyabet ve astım gibi hastalıklara da sebep olmaktadır (Godfrey, Julien 20005:137). Özellikle ülkeler arası yaşanan göç, sosyal imkanların daha iyi olmasından dolayı kırsal alanlardan kentlere doğru olacaktır. Bu da sağlık hizmetleri kapasitesinin sınırlı olduğu şehirlerde ek kapasiteye ihtiyaç duyulmasına ve sağlık harcamalarının artmasına neden olacaktır (Kılıç, Kurt 2020: 292; Mutlu, Işık 2012: 220).

Yapılan çalışmalarda kentleşme ile sağlık harcamaları arasında hem pozitif hem de neğatif yönlü ilişikinin olduğu sonuçlar bulunmaktadır. Sağlık harcamaları ve kentleşme arasındaki ilişkiyi araştıran Kleiman (1974) çalışmasında, 1968-1969 yıllarında 16 ülkenin verileri ile artan kentleşme düzeyiyle sağlık harcamaları arasında ters orantılı bir ilişki olduğu sonucunu elde etmiştir (Çetin, Bakırtaş,2019:211). Harpham ve Molyneux (2001:114) çalışmalarında, ortaya çıkan bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların, gelişmekte olan ülkelerin düşük gelirli kentsel nüfuslarının hızlı büyümesi nedeniyle bu yükü çektiğini belirtmektedir.

2.4.OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Genel Görünümü

Sağlık sektörü için ayrılan kaynaklar sınırlıdır. Sağlık hizmeti sunumunun devamı için bu kaynakların artırılması konusundaki baskının varlığı sağlık harcamaları konusundaki incelemeleri artırmaktadır. Söz konusu çalışmalarda; sağlık harcamalarını ilgilendiren ve etkileyen sağlık hizmetlerinin bileşenleri, finansmanında kullanılan kaynakların sınıflandırılması, harcamaların sınıflandırılması gibi konular incelenmektedir. Ayrıca çeşitli endüstrileşmiş ülkeler açısından bu konuyu ilk olarak Abel-Smith incelemiştir (Mutlu, Işık 2012:208-209).

Böylelikle sağlık harcamaları ile ilgili verilerin ulusal ya da uluslararası düzeyde elde edilmesi ülkeler arasında karşılaştırma yapılabilmesinin yanı sıra uygulanan politikaların iyileştirilmesinde ve yeni politikalar geliştirilmesinde önemli bir yer almaktadır. Sağlık harcamaları ile ilgili verilerin toplanması ve sunulması her ülkenin kendi sorumluluğundadır. Ancak ülke karşılaştırmaları ve politika gelişimleri için dünya genelinde bilgi sağlayacak uluslararası kuruluşların varlığı; verilerin toplanması, derlenmesi ve sunulması işleminde daha etkin bir rol alacaktır. Sağlık harcamaları ile ilgili verilerin alınabildiği uluslararası kuruluşların başında Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) ve Uluslararası İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organization for Economic Cooperation and Development-OECD) ve Dünya Bankası(World Bank) gelmektedir (Aydın, Akyürek 2021:290).

Uluslararası kurum ve ülkelerin sağlık harcamaları ile ilgili bu tür çalışmalarının amaçlarını şu şekilde sıralayabiliriz:

• Standart yöntemlerin ve araçların oluşturulması

• Ulusal sağlık hesaplarının özellikle gelişmekte olan ülkeler (Aynı zamanda gelişmiş ülkeler için de) bazında standartlaştırılması

• Planlama ve yönetim amaçları için yerel olarak üretilen sağlık harcaması bilgilerini kullanmak üzere ulusal kapasiteleri geliştirmek için ülke düzeyinde gerekli eğitim ve analizlerin yapılması

Ayrıca, sağlık harcamalarına ait bilgilerin elde edilmesiyle, uzun vadede ortaya çıkan sonuçlar, uluslararası kurumların ülkelerin kalkınmaları için kendi kendine yeterliliğinin tesis edilmesine önemli bir katkı oluşturacaktır (Newbrander, vd.1994:407).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2022 yılında yayınlanan dünya sağlık istatistiklerine göre, 2000 ile 2019 yılları arasında küresel sağlık harcamaları küresel gayri safi yurtiçi hasılanın %9,8'ine ulaşmıştır. Küresel sağlık harcamalarının yaklaşık %80'i yüksek gelirli ülkelerde gerçekleşirken, yaklaşık %70'i de hükümet bütçelerinden oluşmuştur. Düşük gelirli ülkelerde, %44'lük bir oran ile cepten yapılan harcamalar, sağlık harcamalarının ana kaynağını oluştururken, dış yardımlar %29'lük bir kısmını kapsamaktadır. Son 20 yılda katastrofik sağlık harcamaları durumu kötüleşirken, hizmet kapsamı tam tersi bir seyirle iyileşmiştir. Hem sosyal hem de ekonomik yönden etkilere neden olan COVID-19 salgını, en çok sağlık sektörünü etkilemiştir. Özellikle sağlık sistemlerinin, sağlık hizmetlerinin sürekliliği için gerçekleştirmiş olduğu ilerlemeyi durdurmuş ve küresel bir etkiyle finansal korumayı da kötüleştirmiştir. Sağlık için herkesin eşit imkânlara sahip olmaması, yani cepten yapılan sağlık harcamaları nedeniyle hizmet arayan veya alan bireyler arasında maddi imkânsızlık sebebiyle bakıma erişememe ve finansal zorluklarla mücadele etme riskinin pandemi öncesine göre daha çok olma durumu söz konusudur. Ülkelerin sağlık için 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne ulaşmayı tehdit eden durumlar arasında yer alan birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezi rolünün kabul edilmemesi ve sağlık işgücü gibi kilit unsurların yeterince finanse edilmemesidir. Ayrıca bu iki durum hem COVID-19'a verilen yanıtın etkinliğini yavaşlatmış hem de rutin bakımda yaşamı tehdit eden kesintileri tetiklemiştir (WHO 2022a: 31).

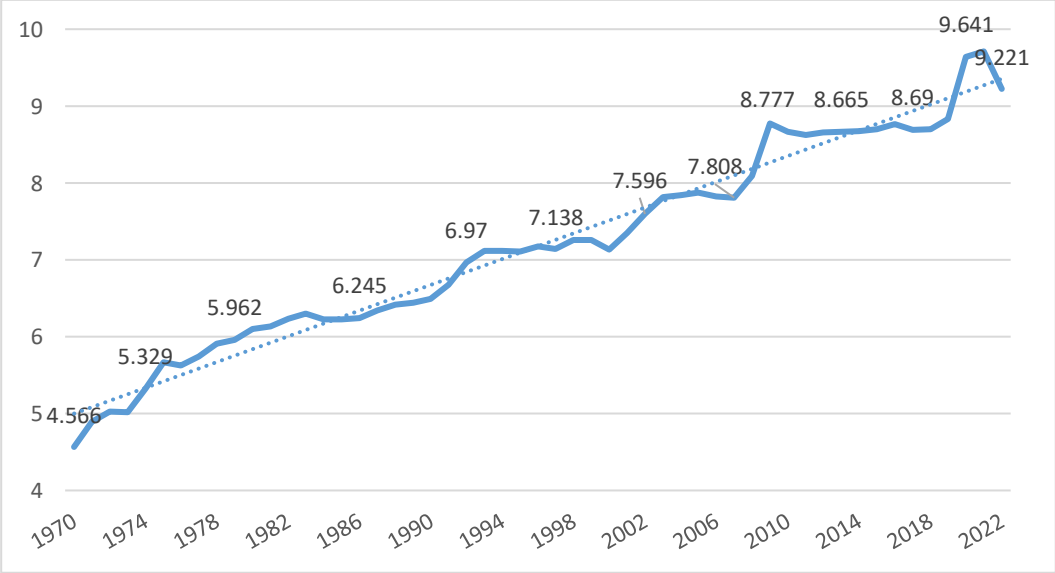
38 OECD üyesi ülkenin sağlık harcamaları ile ilgili gelişimleri, aşağıda yer alan istatistiki bilgiler ışığında ülkelerin sağlık hizmeti sunum düzeyi incelenecektir.

2.4.1. Toplam Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Ekonominin genel büyüklüğü bakımından sağlık hizmetlerine harcanan miktar, hem sağlık harcamalarındaki hem de ekonomik büyümedeki farklılıklar sebebiyle zamanla değişime uğramaktadır. OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranının 1970 yılından günümüze nasıl geliştiği Grafik 4 yardımıyla incelenebilir.

OECD ülke ortalamaları baz alınarak analiz edildiğinde, 1970 yıllında toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı %4,5 düzeyinde gerçekleştiği görülür. 1970'ten günümüze dek toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranında artış eğilimi olduğu görülmektedir. 1993 yılından 2007 yılına kadar geçen zamanda OECD genelinde çeşitli dalgalanmalarla birlikte artış eğilimi küçük birimler halinde olduğu saptanmıştır. Ancak toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı, 2008 yılında ekonomik ve mali krizden dolayı 0,29 puanlık bir artış ile %7,80'den %8,09 düzeyine çıkmıştır. 2008 yılı ekonomik ve mali krizinin değişkenliğinden sonra, sağlık harcamalarındaki artış, genel ekonomik performansla büyük ölçüde eşleştiği için pay nispeten sabit kalmıştır. 2019 yılında OECD'ye üye ülkelerin (COVID-19 salgını öncesi) ortalama olarak GSYH'lerinin yaklaşık %8,8'ini sağlık hizmetlerine harcadığı bilinmektedir. Bu oranın 2013 yılından beri nispeten değişmediği görülmektedir. Ancak yaşanan pandemiyle birlikte, COVID-19 krizinin ekonomik faaliyetleri ciddi şekilde kısıtlaması ve sağlık harcamalarının artma eğiliminde olması nedeniyle sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranında önemli ölçüde artış olduğu görülmektedir. 2020 yılı OECD ortalaması %9,6 (bir önceki yıla göre artış) olduğu görülmektedir. 2021 yılında bu ortalama %9,7 iken, COVID-19'un etkilerinin azalması ile 2022 yılında %9,2 olduğu görülmektedir (OECD 2021a:188; OECD 2023c:154).

Grafik 4: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%)



Kaynak: OECD (2023d), Health Spending (Indicator). Erişim Tarihi:20.11.2023

Not: 1970'ten itibaren Avusturya, Belçika, Kanada, Finlandiya, Fransa, Almanya, İzlanda, İrlanda, Japonya, Yeni Zelanda, Kore, Norveç, Portekiz, İspanya, İsveç İsviçre, İngiltere ve ABD; 1971'den itibaren Avusturalya ve Danimarka;1972'den itibaren Hollanda; 1975'den itibaren Türkiye; 1976'den itibaren Lüksemburg; 1988'den itibaren İtalya ve Yunanistan; 1990'dan itibaren Polonya ve Çekya; 1997'den itibaren Slovakya; 1999'ten itibaren Meksika; 2000'den itibaren Şili, Kolombiya, Kostra Rika, Çekya, Letonya, Litvanya ve Slovenya'ya ait veriler kullanılarak ağırlıklandırılmamış ortalama ile hesaplanmıştır.

38 OECD üyesi ülkede toplam sağlık harcamalarının gelişimi Tablo 7'de yer almaktadır. Ülkelerin OECD'ye üye olma yıllarında farklılık olduğu için bazı yıllara ait veriler mevcut değildir. 1970 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının en yüksek olduğu ülke Kanada (%6,26), Almanya (%5,71),Yeni Zelanda (%5,07) ve ABD (%6,25)'dir. En düşük olan ülkeler ise Kore (%2,36) ve Portekiz (%2,26)'dir.

Tablo 7: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%)

Ülkeler/ Yıllar	**1970**	**1975**	**1980**	**1985**	**1990**	**1995**	**2000**	**2005**	**2010**	**2015**	**2020**	**2021**	**2022**
Avustralya		5,75	5,82	6,06	6,47	6,92	7,59	7,97	8,42	10,1	10,6	10,5	9,65
Avusturya	4,84	6,51	7,02	6,01	7,72	8,92	9,2	9,63	10,2	10,3	11,3	12,1	11,3
Belçika	3,86	5,55	6,18	6,88	7,15	7,52	8	9,22	10,2	10,8	11,2	11,0	10,9
Kanada	6,26	6,5	6,54	7,56	8,36	8,53	8,25	9,04	10,6	10,7	13,0	12,3	11,1
Şili							7	6,62	6,82	8,35	9,73	9,34	9
Kolombiya							5,63	6,07	7,07	7,52	8,71	9,02	8,07
Kosta Rika							6,57	6,66	8,03	7,59	7,83	7,57	7,17
Çekya					3,71	5,7	5,7	6,34	7,59	7,37	9,21	9,49	9,09
Danimarka		8,54	8,42	7,95	8,04	7,77	8,1	9,09	10,5	10,3	10,5	10,8	9,5
Estonya							5,16	5,29	6,59	6,64	7,58	7,49	6,94
Finlandiya	4,99	5,65	5,92	6,66	7,25	7,36	7,09	8,29	9,14	9,64	9,63	10,2	10,0

Fransa	5,2	6,16	6,76	7,67	8	9,88	9,58	10,2	11,2	11,4	12,1	12,3	12,1
Almanya	5,71	8,02	8,1	8,48	8,03	9,53	9,89	10,3	11,1	11,1	12,6	12,9	12,6
Yunanistan					6,07	7,97	7,24	8,56	9,6	8,22	9,5	9,17	8,59
Macaristan						6,72	6,78	7,99	7,45	6,85	7,29	7,38	6,74
İzlanda	4,66	5,64	5,9	6,76	7,45	7,86	8,9	8,95	8,36	8,07	9,62	9,73	8,57
İrlanda	4,91	6,6	7,51	6,84	5,61	6,11	5,9	7,64	10,5	7,34	7,11	6,72	6,07
İsrail		4,26	6,66	6,27	6,22	6,62	6,62	6,9	6,89	7,02	7,71	7,91	7,43
İtalya					6,99	6,85	7,57	8,34	8,92	8,86	9,63	9,38	9
Japonya	4,27	5,3	6,11	6,35	5,66	6,17	7,04	7,66	9,06	10,7	11,0	11,3	11,5
Kore	2,63	2,32	3,44	3,28	3,61	3,3	3,85	4,55	5,82	6,59	8,35	9,33	9,72
Letonya							5,43	5,83	6,1	5,65	7,24	9,04	8,84
Litvanya							6,2	5,65	6,82	6,49	7,48	7,82	7,46
Lüksemburg			4,8	4,69	5,31	5,52	5,92	7,13	6,66	5,08	5,74	5,67	5,46
Meksika							4,45	5,84	5,74	5,72	6,22	6,08	5,48
Hollanda		6,16	6,51	6,54	6,99	7,27	7,71	9,1	10,1	10,3	11,2	11,2	10,2
Yeni Zelanda	5,07	6,47	5,76	4,88	6,66	6,95	7,47	8,27	9,59	9,28	9,69	10,1	11,2
Norveç	3,99	5,19	5,41	5,48	7,08	7,27	7,7	8,3	8,86	10,0	11,2	9,92	7,92
Polonya					4,33	4,92	5,29	5,81	6,47	6,4	6,5	6,44	6,68
Portekiz	2,26	4,73	4,79	5,37	5,52	7,2	8,6	9,65	10,0	9,32	10,5	11,1	10,6
Slovakya							5,3	6,59	7,67	6,76	7,13	7,75	7,75
Slovenya							7,8	8	8,56	8,52	9,43	9,48	8,85

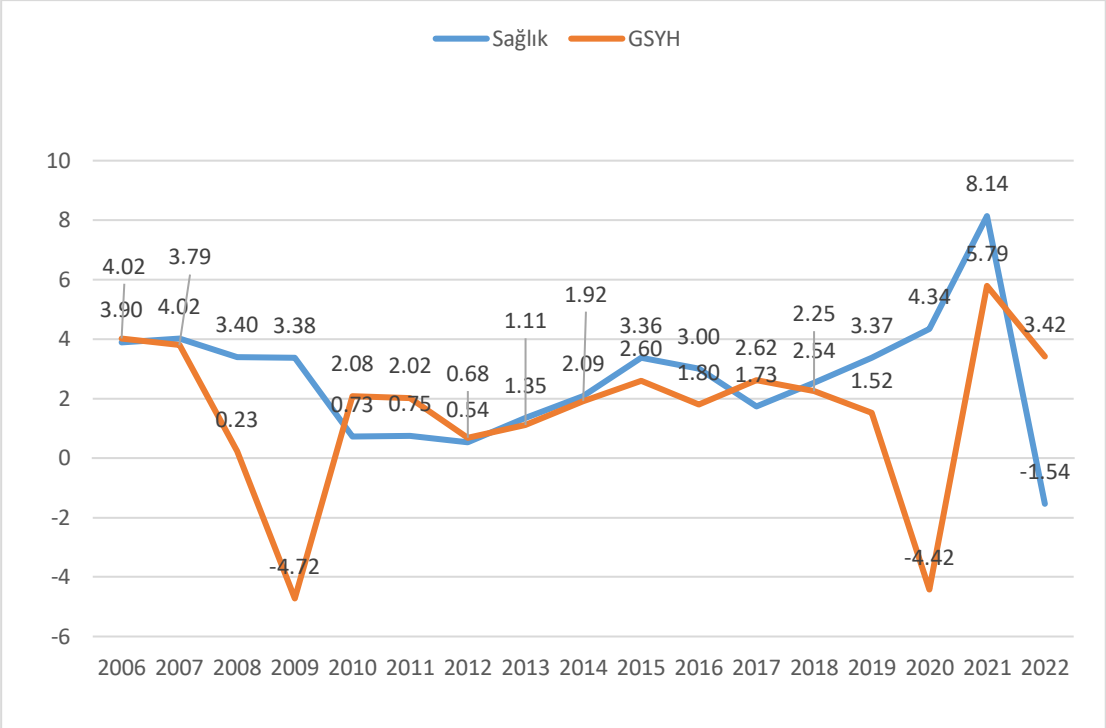
İspanya	3,14	4,18	4,95	5,03	6,08	7,03	6,8	7,73	9,12	9,12	10,7	10,7	10,3
İsveç	5,43	6,45	7,72	7,25	7,15	7,2	7,33	8,15	8,32	10,8	11,3	11,2	10,6
İsviçre	4,76	6,1	6,44	7,29	7,63	8,64	9,13	10,0	9,93	10,7	11,7	11,8	11,3
Türkiye		2,15	2,36	1,49	2,45	2,45	4,6	4,89	5,02	4,12	4,62	4,57	4,28
İngiltere	3,97	4,93	5,06	5,14	5,09	5,55	7,09	8,31	9,71	9,8	12,1	12,3	11,3
ABD	6,25	7,19	8,24	9,52	11,2	12,5	12,4	14,5	16,2	16,4	18,7	17,3	16,6
OECD Ort.	**4,56**	**5,66**	**6,10**	**6,22**	**6,49**	**7,11**	**7,13**	**7,87**	**8,66**	**8,69**	**9,64**	**9,71**	**9,22**

Kaynak: OECD (2023d), Health Spending (Indicator). Erişim Tarihi:20.11.2024

2020 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYH'ya oranında önemli bir artış söz konusudur. Bu hem COVID-19 ile mücadele için gereken ekstra sağlık harcamalarını hem de ekonomik faaliyet üzerindeki kısıtlamaların neden olduğu GSYH'deki düşüşleri yansıtmaktadır. Tablo 7'de 2020 ve 2021 yıllarında toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranında en büyük olan ülkeler, Kanada (%13), Fransa (%12,31), ABD (%18,8), İngiltere (%12,3) ve Almanya (%12,3)'dır. 2022 yılında ise Fransa (%12,1), Almanya (%12,6) ve ABD (%16,6)'dır. 2020 ve 2022 yıllarında toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranında en düşük olan ülkeler Türkiye (%4,57) ve Lüksemburg (%5,74)'dur.

Grafik 5'te de görüldüğü üzere, OECD ülkelerinin son 17 yıllık kişi başına sağlık harcaması ve GSYH'deki eğilimlerinin analizinde iki şok söz konusudur.

Grafik 5: Kişi Başına Sağlık Harcamalarında ve GSYH'de Yıllık Reel Büyüme

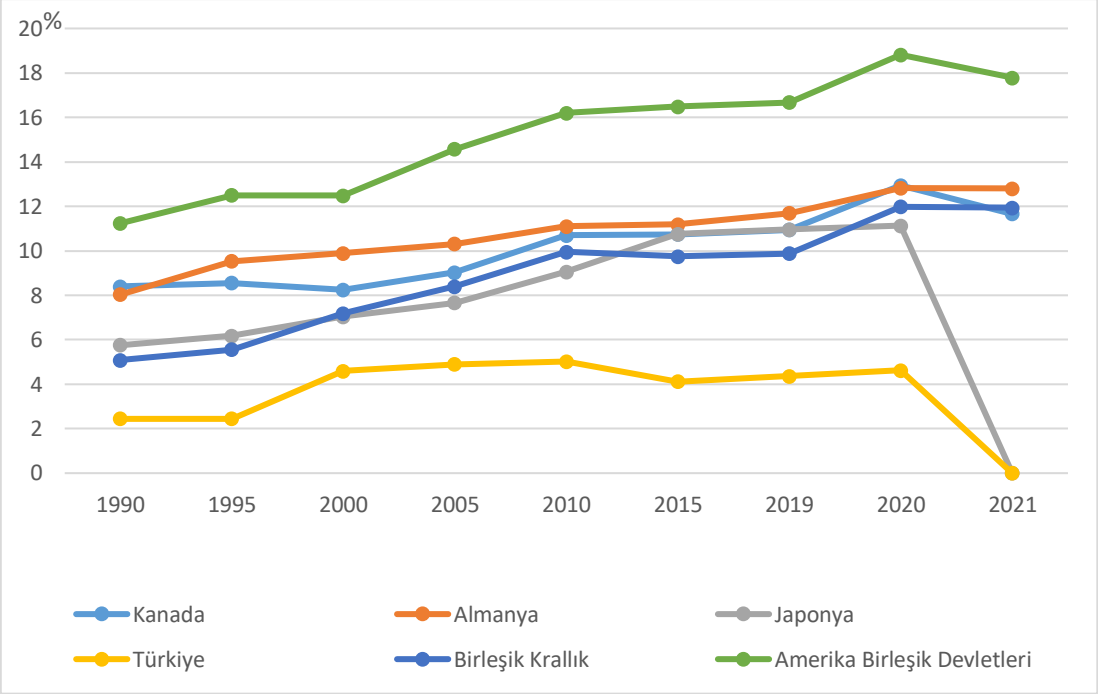


Kaynak: OECD 2023c: 170.

Yine söz konusu grafik incelendiğinde; 2008 yılındaki ekonomik ve mali kriz ile birlikte 2020 yılındaki COVID-19'un GSYH'ya olumsuz etkisi olduğu açıkça görülmektdir. 2008 ve 2009 yıllarında OECD ülke ekonomileri keskin bir şekilde daralmıştır. OECD üyesi ülkeler 2010 ve 2012 yılları arasında kamu sağlık harcamalarını kontrol altında tutmak amacıyla farklı politika uygulamaları gerçekleştirmiştir. Bunun sonucunda sağlık harcamalarındaki büyüme kısa vadede sıfırın hemen üzerinde seyretmeden önce korunmuştur. Yaşanan pandemiye kadar, hem sağlık harcamalarında hem de GSYH'de bir miktar daha güçlü büyümeye dönüş takip etmiştir. 2020 yılında, ekonomik faaliyetleri ve tüketici harcamalarını ciddi şekilde kısıtlayan pandemi yasakları ve diğer kamu sağlığı önlemleri birçok OECD ekonomisini serbest düşüşe geçirmiştir. Kişi başına düşen GSYH'nin ortalama %5,8 artmasıyla 2021 yılında bir toparlanma süreci gerçekleşmiştir. Ülkelerin salgınla mücadele için ek fon uygulamalarının kişi başına düşen reel sağlık harcamalarındaki etkisi Grafik 2.2' de görülmektedir. Buna göre, 2020 yılında %4'ün biraz üzerindeyken 2021 yılında ise %8'e yükselmiştir. Ülkelerin salgının şiddetli olduğu aşamadan çıkmasıyla birlikte, kişi başına düşen sağlık harcamalarının 2022'de reel olarak ortalama %1,5'e düşmüş olduğu görülmektedir (OECD 2023c:155).

Grafik 6'da farklı sağlık finansman modeline sahip altı ülkenin toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki paylarının yıllar içindeki değişimi gösterilmektedir.

Grafik 6: Seçili OECD Ülkelerin Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payının 1990-2021 Arasındaki Değişimi



Kaynak: OECD(2022b), http://www.oecd.org/health/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2022.pdf Erişim Tarihi: 18.11.2022.

1990 ve 2021 yılları arasında toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının en yüksek olduğu ülke ABD iken, en düşük pay Türkiye'ye aittir. Ayrıca Bismarck modelini uygulayan Almanya'nın sağlık harcama payları Beveridge modelini uygulayan İngiltere'nin sağlık harcama paylarından daha fazladır. Artış hızlarını karşılaştırdığımızda artışlar aynı hızda seyretmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası modelini uygulayan (Karma Model) Kanada'nın sağlık harcama payının Almanya'ya yakın olduğu ayrıca OECD ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. Japonya Bismarck modeli uygulamakta ve 1990 yıllarında düşük paya sahip iken günümüzde toplam sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı artmaktadır.

2.4.2. Satın Alma Gücü Paritesine Göre Toplam Sağlık Harcamalarının Gelişimi

OECD üyesi 38 ülkenin satın alma gücü paritesine göre toplam sağlık harcamalarının gelişimi Tablo 8'in yardımıyla incelenebilir. 2000-2021 yılları arasındaki satın alma gücü paritesine göre toplam sağlık harcamaları en yüksek OECD ülkesi Amerika Birleşik Devletleri iken en düşük ülke Kolombiya'dır.

Tablo 8: Satın Alma Gücü Paritesine Göre Toplam Sağlık Harcaması (Milyon $)

Ülke/Yıllar	2000	2005	2010	2019	2020	2021
Avustralya	2151	2842	3607	5390	5955	6488
Avusturya	2707	3382	4300	6276	6531	7272
Belçika	2225	3069	4085	6041	6119	6519
Kanada	2422	3285	4286	5497	6175	6552
İsviçre	3361	4189	5435	8068	8337	8998
Şili	662	840	1234	2396	2426	2647
Kolombiya	377	505	758	1234	1316	1542
Kosta Rika	526	670	1052	1632	1697	1713
Çekya	923	1402	2117	3368	3947	4249
Almanya	2691	3277	4320	6730	7167	7606
Danimarka	2327	3109	4572	6091	6434	7043
İspanya	1471	2152	2894	3959	4084	4367
Estonya	485	878	1423	2663	2990	3258
Finlandiya	1900	2656	3561	4752	5038	5613
Fransa	2516	3135	4053	5617	5860	6330
Birleşik Krallık	1895	2748	3646	4921	5581	6159
Yunanistan	1417	2194	2679	2553	2695	2860
Macaristan	803	1365	1617	2176	2485	2706
İrlanda	1795	3128	4557	6056	6706	7196
İzlanda	2648	3336	3323	5111	5218	5697
İsrail	1748	1826	2099	3089	3262	3665
İtalya	2049	2517	3139	3959	4138	4372
Japonya	1920	2463	3202	4668	4625	4676
Kore	718	1152	1875	3546	3731	4366
Litvanya	522	812	1350	2793	3006	3432
Lüksemburg	3287	4942	6079	6604	6938	7515
Letonya	434	808	1068	2171	2382	3153
Meksika	498	742	887	1101	1152	1190
Hollanda	2466	3426	4585	6127	6718	7179
Norveç	2857	3995	5191	7325	7457	8275
Yeni Zelanda	1607	2124	2997	4377	4606	4753
Polonya	564	807	1352	2259	2291	2456
Portekiz	1630	2195	2735	3552	3687	4091
Slovakya	602	1096	1948	2316	2347	2670
Slovenya	1406	1910	2385	3590	3867	4165
İsveç	2173	2797	3527	6139	6378	6784
Türkiye	437	581	870	1210	1280	1390
ABD	4533	6404	7833	10658	11758	12012

Kaynak: WHO (2022b), https://apps.who.int/nha/database (Erişim Tarihi:10.12.2022).

Tablo 8'de yer aldığı gibi yıllar itibariyle satın alma gücü paritesine göre toplam sağlık harcamalarında sürekli artış olduğu görülmektedir. Sağlığın gelişmesi için uygulanan ya da uygulanacak politikaların yanı sıra 2020 yılı itibariyle gerçekleşen salgın ve ekonomik gelişmeler satın alma gücü paritesine göre toplam sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır.

2.4.3. Finansman Planlarına Göre Sağlık Harcamaları Gelişimi

Sağlık hizmeti sunumu için çeşitli finansman düzenlemeleri vardır. OECD ülkelerinin neredeyse yarısında belirli nüfus gruplarına veya bireylere yönelik hükümet finansman programları bulunmaktadır. Bu programlar sağlık bakım maliyetlerini karşılamaya yönelik temel mekanizmayı oluşturmaktadır. Diğer ana finansman yöntemi ise kamu veya özel kuruluşlar aracılığıyla yönetilen bir tür zorunlu sağlık sigortasıdır. Genel sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü, hane halkı tarafından yapılan harcamalar (hem isteğe bağlı olarak hem de bazı katkı payı düzenlemelerinin bir parçası olarak) oluşturur. Çeşitli şekillerde gönüllü sağlık sigortası da bazı ülkelerde önemli bir finansman rolü oynamaktadır. OECD ülkelerinde sağlık hizmetleri finansmanının büyük bir kısmını devlet programları ya da sağlık sigortası vasıtasıyla zorunlu veya otomatik kapsam oluşturmaktadır (OECD 2023c: 160). OECD ülkelerinin finansman planına göre sağlık harcamalarının gelişimi (toplam sağlık harcamalarının yüzdesi) Tablo 9 yardımıyla incelenebilir.

Tablo 9: Finansman Planına Göre Sağlık Harcamaları

Ülkeler	***Devlet/Zorunlu***				***Gönüllü***				***Cepten***			
	2019	**2020**	**2021**	**2022**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Avustralya	71	71	73	72	28	28	26	27	14	14	-	-
Avusturya	75.0	76.8	78.3	77.8	24.9	23.1	21.6	22.1	17.9	16.6	15.	15.7
Belçika	75.2	77.9	77.6	76.6	24.7	22.0	22.3	23.3	19.8	17.3	17.8	
Kanada	69.5	73.7	72.9	71.3	30.4	26.3	27.0	28.6	15.4	13.7	14.0	14.8
Şili	60.6	65.0	62.7	62.2	39.4	34.9	37.2	37.7	32.8	29.3	30.2	29.7
Kolombiya	76.4	77.4	78.3	76.0	23.5	22.5	21.6	23.9	14.7	14.5	13.6	
Kosta Rika	73.9	75.8	74.4	74.3	26.0	24.2	25.5	25.6	22.3	20.2	20.7	
Çekya	84.9	87.7	86.4	85.8	15.0	12.3	13.5	14.1	14.0	11.5	12.7	

Danimarka	83.7	84.7	85.2	84.7	16.2	15.2	14.7	15.2	13.7	12.9	12.6	12.9
Estonya	74.4	77.1	76.2	75.9	25.5	22.9	23.7	24.0	23.9	21.4	22.0	22.1
Finlandiya	77.8	79.0	79.7	79.9	22.1	20.9	20.2	20.0	17.4	16.4	16.1	
Fransa	83.5	84.8	84.8	84.8	16.4	15.2	15.1	15.1	9.45	8.84	8.93	
Almanya	83.9	85.1	85.4	86.5	16.0	14.9	14.5	13.5	13.3	12.2	12.0	11.0
Yunanistan	61.5	61.8	62.1	59.2	38.3	38.0	37.7	40.7	33.6	33.4	33.3	
Macaristan	68.6	70.7	72.4	72.3	31.3	29.2	27.5	27.6	27.9	26.1	24.6	27.6
İzlanda	82.8	83.3	83.6	83.2	17.2	16.6	16.3	16.7	15.5	14.9	14.6	14.9
İrlanda	74.2	78.0	77.4	77.3	25.7	21.9	22.6	22.6	12.1	10.9	10.6	10.6
İsrail	64.8	68.1	68.1	68.5	33.7	31.1	30.8	31.4	21.3	20.1	19.8	
İtalya	73.7	75.9	75.4	75.8	26.2	24.0	24.5	24.1	23.4	21.4	21.8	21.4
Japonya	83.9	84.8	85.6	85.5	16.0	15.1	14.3	14.4	12.9	11.9	11.1	
Kore	59.3	61.3	62.3	62.6	40.6	38.6	37.6	37.3	31.6	28.9	29.1	28.0
Letonya	60.1	63.6	69.4	66.8	39.8	36.3	30.5	33.1	35.1	31.8	26.9	
Litvanya	66.3	70.1	68.5	68.5	33.5	29.8	31.4	31.4	32.2	28.6	30.16	30.16
Lüksemburg	84.9	86.4	86.0	85.8	13.7	12.2	12.8	12.9	9.59	8.39	8.91	8.81
Meksika	49.1	52.9	50.2	53.0	50.8	47.1	49.7	46.9	42.2	38.7	41.3	
Hollanda	82.8	84.9	84.9	84.2	17.2	15.0	15.1	15.7	10.4	9.29	9.38	9.78
Yeni Zelanda	79.6	80.1	80.3	81.9	20.3	19.9	19.6	18.0				
Norveç	85.7	85.7	85.5	85.4	14.2	14.2	14.4	14.6	13.9	13.9	14.0	
Polonya	71.7	72.2	72.4	74.9	28.2	27.7	27.5	25.1	20.0	19.5	19.8	17.9
Portekiz	60.8	64.3	63.2	63.4	39.1	35.7	36.7	36.5	30.6	28.0	28.9	28.6

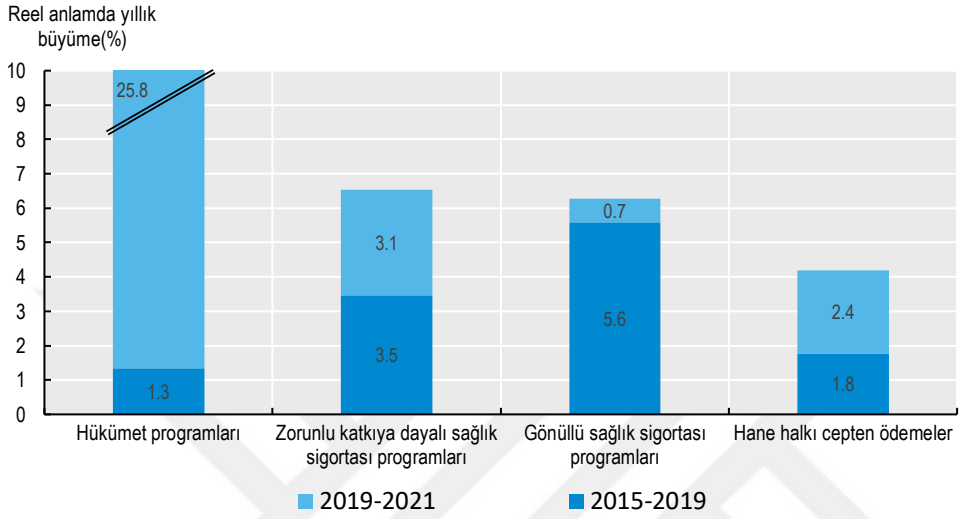
Slovakya	79.7	80.2	79.7	80.2	20.2	19.7	20.2	19.8	19.1	18.7	19.4	
Slovenya	72.7	73.1	73.7	74.2	27.2	26.	26.2	25.7	11.6	12.4	12.9	12.7
İspanya	70.5	73.1	71.6	70.2	29.4	26.8	28.3	29.7	21.8	19.7	21.0	
İsveç	85.1	86.1	85.9	85.8	14.8	13.8	14.0	14.1	13.7	12.8	13.0	13.1
İsviçre	66.2	67.6	67.7	68.9	32.6	31.6	30.8	31.0	23.3	22.6	22.2	
Türkiye	77.6	78.8	78.8	76.3	22.3	21.1	21.2	23.6	17.0	16.4	16.2	
İngiltere	79.2	83.0	83.0	81.5	20.7	16.9	16.9	18.4	15.6	12.7	12.6	13.9
ABD	82.7	84.5	83.6	84.7	17.2	15.4	16.3	15.2	11.3	9.93	10.7	

Kaynak: OECD (2023d), Health spending (indicator). https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm (Erişim Tarihi 12.10.2023)

Tüm sağlık harcamalarının dörtte üçü 2021 yılında zorunlu finansman programları aracılığıyla karşılanmıştır. Danimarka, İzlanda, Norveç, İsveç ve Birleşik Krallık'taki merkezî, bölgesel veya yerel hükümet programları ulusal sağlık harcamalarının %80'ini veya daha fazlasını oluşturmuştur. Almanya, Japonya, Fransa ve Lüksemburg'da harcamaların dörtte üçü veya daha fazlası bir tür zorunlu sağlık sigortası programı aracılığıyla karşılanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde federal ve eyalet programları 2021 yılında ABD'deki tüm sağlık harcamalarının yaklaşık üçte birini karşılamıştır. Harcamaların %50'si ise zorunlu sigorta programları kapsamında sınıflandırılmış olup Medicare gibi federal sağlık sigortası programlarının yanı sıra Affordable Care Act (ACA) kapsamında zorunlu kabul edilen özel sağlık sigortası da dahil olmak üzere çok farklı düzenlemeleri kapsamaktadır. Cepten ödemeler 2021 yılında OECD ülkelerindeki tüm sağlık harcamalarının beşte birinden biraz azını finanse etmiştir ve bu pay GSYH arttıkça genel olarak azalmaktadır. Meksika (%41), Yunanistan (%33), Şili ve Litvanya'da (her ikisi de %30) hane halkı tüm harcamaların %30'unu veya daha fazlasını oluştururken, Fransa, Hollanda ve Lüksemburg'da cepten yapılan harcamalar %10'un altında kalmıştır.

OECD üyesi ülkelerin finansman türüne göre kişi başına sağlık harcamalarındaki ortalama yıllık büyüme gelişimi Grafik 7 yardımıyla incelenebilir. Ülkelerin kullandıkları finansman türleri; hükümet programları, zorunlu katkıya dayalı sağlık sigırtası programları, gönüllü sağlık sigortası programları ve hane halkı cepten ödemelerdir. Finansman türlerine göre kişi başına sağlık harcamalarının ortalama yıllık büyüme oranları 2015-2019 yılları arasında ve 2019-2021 yılları arasında gerçekleşen değişimi yer almaktadır.

Grafik 7: Finansman Türüne Göre Kişi Başına Sağlık Harcamalarında Ortalama Yıllık Büyüme



Kaynak: OECD(2023d) Health Statistics. https://www.oecd.org/health/health-data.htm (Erişim Tarihi 12.11.2023)

COVID-19 salgınından önceki yıllarda (2015-19), zorunlu sağlık sigortası ve gönüllü sağlık sigortası programları tarafından yapılan kişi başı harcamalar, aynı dönemde toplam sağlık harcamalarının büyüme oranının (%2,6) üzerinde, sırasıyla yılda ortalama %3,5 ve %5,6 oranında artmıştır. Bu arada, devlet programları tarafından yapılan harcamalar yıllık ortalama %1,3 oranında artmıştır. Ayrıca, evrensel sağlık kapsamına doğru yapılan hamlelerle birlikte, cepten ödemelerle finanse edilen sağlık harcamaları (%1,8) toplam sağlık harcaması oranının altında büyümüştür.

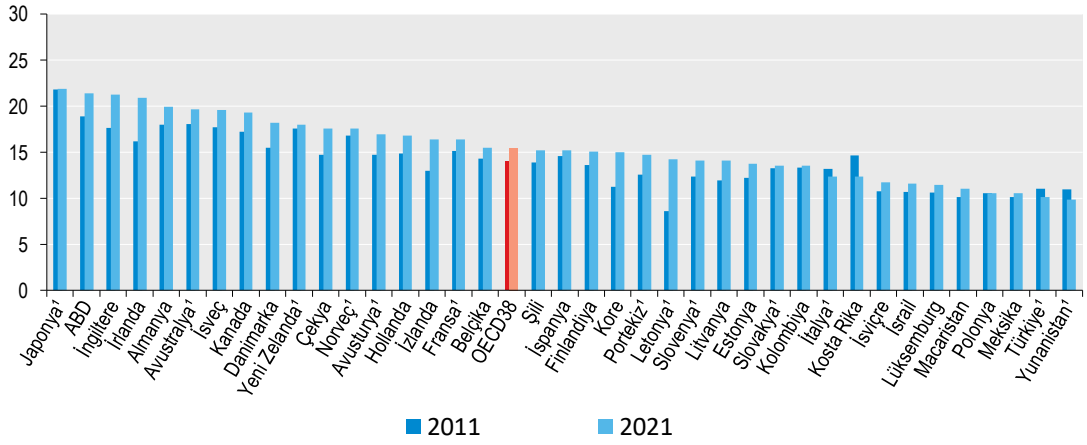
Çeşitli finansman programlarının harcama düzeyi, 2020'de COVID-19 salgınının başlamasıyla birlikte değişmiştir. Zorunlu sağlık sigortası programlarının harcama artışı 2019-21 döneminde büyük ölçüde değişmezken, virüsü izlemek, sistem kapasitesini artırmak, sağlık hizmeti sağlayıcılarına sübvansiyon sağlamak ve nihayetinde COVID-19 aşılama kampanyalarını yaygınlaştırmak için önemli kaynaklar sağlandığından, devlet programlarının harcamaları yıllık ortalama %26 artmıştır.

Devlet programları tarafından yapılan harcamalardaki artış özellikle Şili, Kolombiya, Lüksemburg, Hollanda, Slovakya ve Slovenya gibi hizmetlere erişimin genellikle sağlık sigortası yoluyla sağlandığı ülkelerde yüksek olmuştur. Bu ülkelerde, devlet programları genellikle sağlık sisteminde büyük bir satın alma rolü oynamamaktadır, ancak pandemi sırasında önemli finansman sorumlulukları üstlenmişlerdir.

Örneğin Kolombiya'da, COVID-19 müdahale önlemlerini finanse etmek için yeni kurulan bir merkezi hükümet fonu, kaynaklarının yaklaşık %40'ını test, tedavi ve aşılama için sağlık sektörüne ayırmıştır (Vammalle, Reyes 2022:1). Bu arada, isteğe bağlı sigorta tarafından yapılan harcamalar, elektif[8] sağlık hizmetlerine yönelik talebin ertelenmesi, azalması ve hizmetlerin kısmen sunulamaması sonucunda, 2019-2021 yılları arasında, 2015-19 dönemine kıyasla tersine dönme eğilimi göstermiştir. Örneğin İrlanda'da özel hastaneler, pandeminin en yoğun dalgaları sırasında kamu hastaları için tedavi kapasitesi sağlamayı kabul etmiş ve böylece özel ödeme yapanlar (gönüllü özel sigorta kullanmak isteyenler dahil) için hizmet kullanılabilirliğini azaltmıştır.

Devlet, birçok kamu hizmetini finanse etmektedir. Kaynaklar açısından sağlık hizmetleri de eğitim, savunma ve konut gibi diğer birçok sektörle rekabet halindedir. Sağlık alanındaki kamu finansman düzeyini birçok faktör etkilemektedir. Bunlar arasında mevcut sağlık sisteminin türü, demografik yapısı, değişen bütçe öncelikleri ve ekonomik koşullar gibi faktörler yer almaktadır. OECD üyesi ülkelerin kamu kaynaklarından yapılan sağlık Harcamalarının, toplam devlet harcamaları içindeki payını Grafik 8 yardımıyla incelenebilir. Buna göre sağlık harcamaları, 2021 yılında OECD genelinde toplam kamu harcamalarının ortalama %15'ini oluşturmaktadır. 2011 yılına kıyasla yüzde 1 puanlık bir artış göstermektedir (OECD 2023c:1-2).

Grafik 8: Kamu Kaynaklarından Yapılan Sağlık Harcamalarının, Toplam Devlet Harcamaları İçindeki Payı



Not: Kamu finansmanı, hükümet programları ve sosyal sağlık sigortası harcamaları kullanılarak hesaplanır.

[8] Elektif, tıp dünyasında belirli bir tıbbi işlem veya tedavinin hasta tarafından seçildiği ve planlandığı durumları ifade etmek amacıyla kullanılmaktadır. Elektif kelimesi seçici, seçmeli, zamanı isteğe bağlı manasında gelmektedir. Elektif tedaviler genellikle acil müdahale gerektirmeyen durumlardır. (https://doktordanhaberler.com/elektif/ erişim tarihi:11.11.2023).

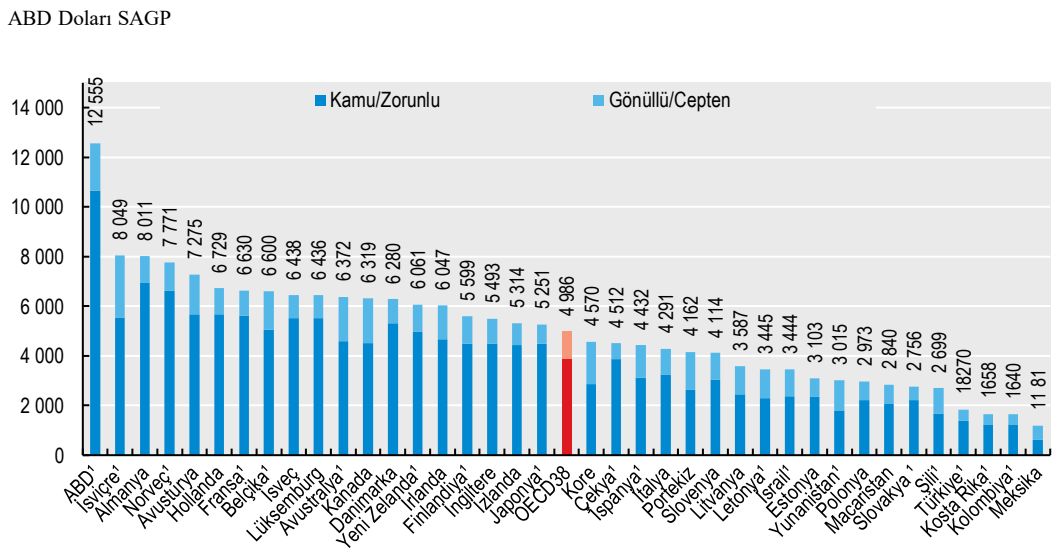
Kaynak: OECD(2023d) Health Statistics. https://www.oecd.org/health/health-data.htm (Erişim Tarihi 12.11.2023)

Çoğu OECD ülkesi pandeminin ilk aşamasında sağlık hizmetlerine ayrılan kamu kaynaklarını önemli ölçüde artırabilmiştir. Ancak ekonomik, jeopolitik iklim ve 2022'de Rusya – Ukrayna savaşının sonuçları olarak OECD ülkelerinin çoğunda yaşanan enflasyonist baskılara enerji maliyetlerinin de eklenmesiyle yeni zorluklar ortaya çıkmıştır. Bu ekonomik ve jeopolitik gelişmeler, sağlık hizmetlerinin sunum maliyetlerini artıracaktır. Bundan dolayı hem kamu hem de özel sağlık harcamalarını finanse etmekte mevcut kaynaklar zorlanacaktır (OECD 2023:1-2).

2.4.4.Kişi Başına Sağlık Harcamaları Gelişimi

Kişi başına düşen sağlık harcamaları, sağlık mal ve hizmetlerinin belirli bir dönemde nihai tüketiminin nüfusa dayalı biçimde ölçülmesini ifade etmektedir. Hem bireysel hem de toplumsal sağlık ihtiyaçlarını kapsayan kişi başına sağlık harcamalarının, zaman içinde gerçekleşen değişimi, sağlık sistemi finansmanına, demografik yapısına, sosyal ve ekonomik faktörlere bağlı olduğu görülmektedir. Kişi başına düşen sağlık harcamaları ülkeler arası karşılaştırılmasında ortak bir para birimine ($) dönüştürülmektedir. Ayrıca ülkelerin ulusal para birimlerinin satın alma gücü paritesine (SGAP) göre ayarlanmaktadır (OECD 2021:190). OECD üyesi ülkelerin kişi başına düşen ortalama sağlık harcamasını (satın alma gücündeki farklılıklara göre ayarlandığında) Grafik 9 yardımıyla inceleyebiliriz.

Grafik 9: Satın Alma Gücü Paritesine Göre Kişi Başına Sağlık Harcamaları

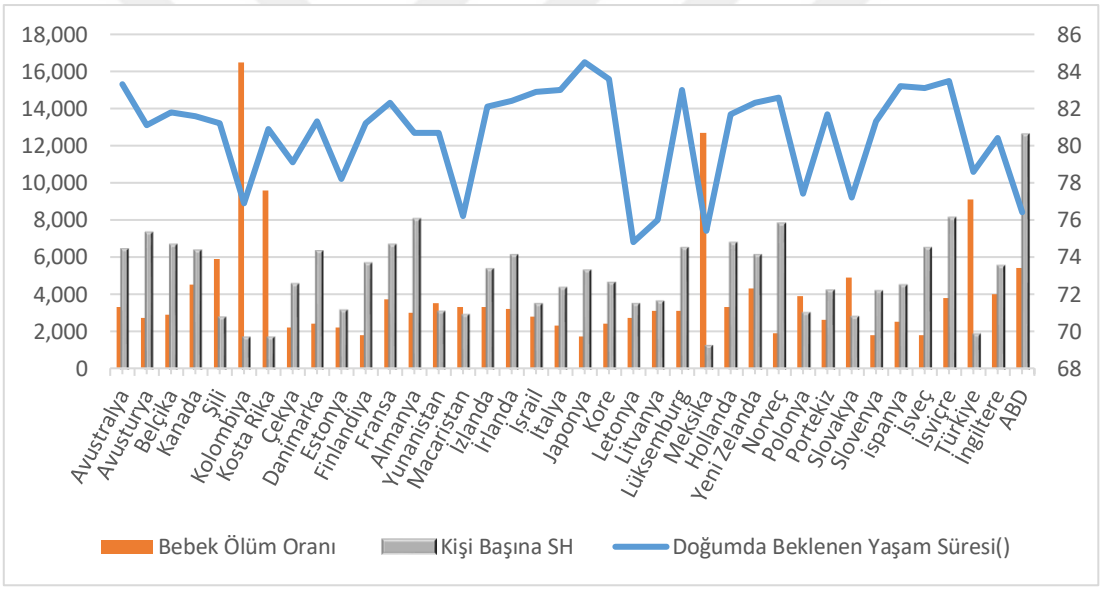


Kaynak: OECD(2023d) Health Statistics. https://www.oecd.org/health/health-data.htm (Erişim Tarihi 12.11.2023); WHO (2022a), Global Health Expenditure Database. https://apps.who.int/nha/database, Erişim Tarihi: 05.01.2023.

2022 yılında kişi başına düşen ortalama sağlık harcamasının yaklaşık 5.000 ABD dolarına ulaştığı tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde bu rakam her bir ABD vatandaşı için 12.555 ABD dolarına denktir. İsviçre ve Almanya ise en yüksek harcama yapan diğer OECD ülkeleridir. Ancak yaklaşık 8.000 ABD doları ile bu rakam ABD'deki düzeyinin üçte ikisinden daha azdır. Norveç, Avusturya Avustralya, Hollanda, Fransa, Belçika, İsveç, Lüksemburg, Danimarka, İrlanda, Kanada ve Yeni Zelanda 6000 ila 7000 ABD doları arasında harcama yapmıştır. Kişi başına sağlık harcamalarında OECD ortalamasının çok altında kalan ülkeler Türkiye (1.827 ABD Doları), Kosta Rika (1.658 ABD Doları), Kolombiya (1.640 ABD Doları) ve Meksika (1.181 ABD Doları)'dır.

Sağlık statüleri üzerinde, yapılan sağlık harcamalarının istenilen yönde etki gösterip göstermediğini incelemek amacıyla kişi başına düşen sağlık harcamaları ile doğumda beklenen yaşam düzeyi ve bebek ölüm oranları Grafik 10'un yardımıyla incelenmektedir.

Grafik 10: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması Düzeyleri ve Sağlık Statüsü Göstergeleri

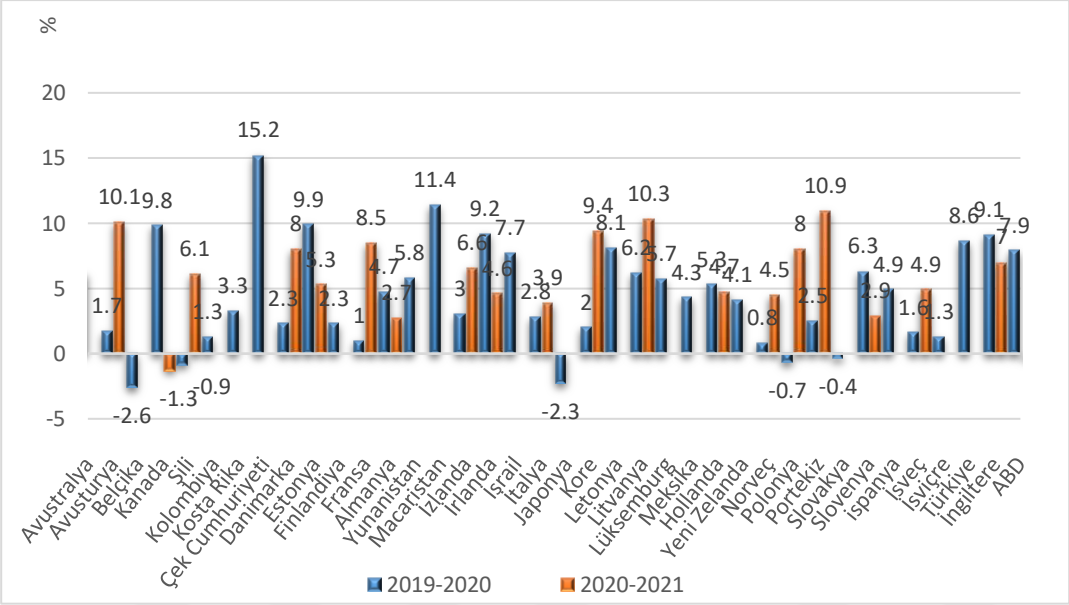


Kaynak: OECD(2023d) Health Statistics. https://www.oecd.org/health/health-data.htm (Erişim Tarihi 12.11.2023)

OECD üyesi ülkelerinden Japonya (84,5 yıl) en yüksek doğumda beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranlarının da en düşük olduğu ülkedir. Japonya (5.251$) OECD ortalamasının üzerinde kişi başına düşen sağlık harcamasına sahip ülkedir. OECD ortalamasına göre Meksika (75,4 yıl/12.700), Kolombiya (76,9 yıl/16.500) ve Türkiye (78,6 yıl/9.100) en düşük doğumda beklenen yaşam süresine ve en yüksek bebek ölüm oranlarına sahip ülkelerdir. Ayrıca bu ülkeler kişi başına düşen sağlık harcamalarında OECD ortalamasının altında kalmaktadır. Bu ülkelerin sağlık harcamaları, sağlık statüleri üzerinde istenilen etkiye sahip değildir.

Grafik 11 yardımıyla 2019-2020 ve 2020-2021 yılları arasında kişi başına sağlık harcamalarının reel olarak yıllık büyüme oranları incelenebilir. Aynı şekilde Grafik 12, kişi başına düşen sağlık harcamalarının reel olarak yıllık büyüme oranlarının 2015-2019 ve 2019-2022 yılları arasındaki değişimini göstermektedir. Bu iki grafik, zaman aralıkları farklı şekilde incelenerek kişi başına sağlık harcamalarının reel olarak yıllık büyüme oranlarını karşılaştırma olanağı sunmaktadır.

Grafik 11: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamalarının Reel Olarak Yıllık Büyüme Oranı



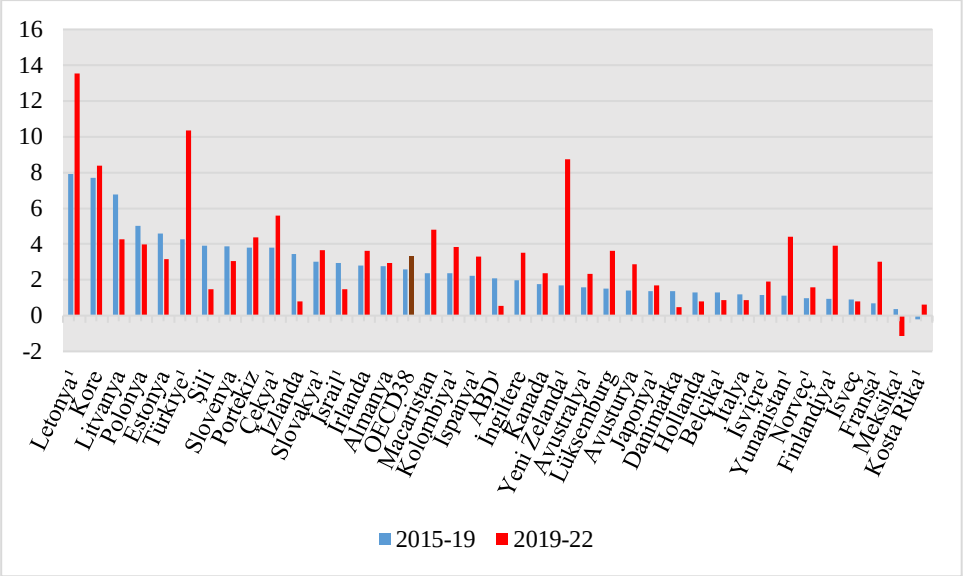
Kaynak: OECD(2023d) Health Statistics. https://www.oecd.org/health/health-data.htm (Erişim Tarihi 12.11.2023)

2019-2020 ile 2020-2021 yıllarına ait kişi başına sağlık harcamalarının reel olarak yıllık büyüme oranlarını Grafik 11 yardımıyla inceleyebiliriz. 2019-2020 yılları arasında OECD ülkeleri genelinde %4.5 artış görülmektedir. 2020-2021 yılları arasında (eksik veriler ışında) tahmini %5.8 artış tahmin edilmektedir. 2019-2020 yıllarındaki reel olarak yıllık büyüme oranı en yüksek ülkeler Çek Cumhuriyeti (%15,2) ve Macaristan (%11,4)'dır. En düşük ülkeler %-2,6 ile Avusturya ve %-2,3 ile Japonya'dır. İngiltere'de 2019-2020 yılları arasında kişi başına sağlık harcamalarının reel olarak yıllık büyüme oranı %9,1 iken 2020-2021 yılları arasında ise %7'dir. Kişi başına sağlık harcamalarının reel olarak yıllık büyüme oranı 2019-2020 yılları arasında Türkiye'de %8,6 iken ABD'de %7,9'dur. Özellikle yaşanan salgın ile birlikte sağlık alanında yapılması planlanan uygulamaların ve kısıtlamanın ışığında kişi başına sağlık harcamalarında artış ve azalışlar olmuştur.

COVID-19 salgınından öncesi yıllarında gösteren, OECD ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcamalarının yıllık ortalama büyüme oranlarını Grafik 2.8 yardımıyla inceleyebiliriz. OECD ülkelerinde kişi başına sağlık harcamaları yıllık ortalama büyüme oranında %2,6'lık bir artış olduğu görülmektedir. Letonya, Litvanya ve Kore'de 2015 ile 2019 yılları arasında yıllık harcama artışı %6 ile

%8 arasında yer alırken, İskandinav ülkelerinin çoğunda ve Fransa'da büyüme ortalama %1'in altındadır. 2020 yılında COVID-19 salgınının etkilerini yavaşlatmak ve bunlarla mücadele etmek amacıyla fonları harekete geçiren ülkeler, başta olmak üzere sağlık harcamalarında keskin artışlara yol açmıştır. 2019 ve 2022 yılları arasında, OECD'de kişi başına düşen ortalama harcama artışının yıllık %3,3'e yükseldiği görülmektedir.

Grafik 12: Kişi Başına Sağlık Harcamalarının Reel Olarak Yıllık Büyüme Oranı

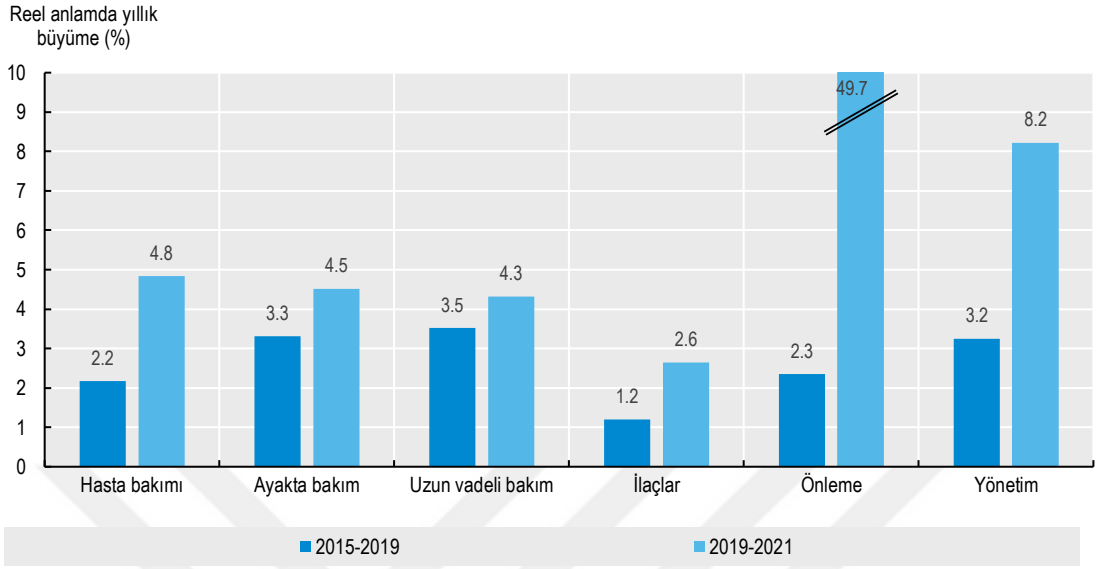


Not: OECD'nin 2022 tahminlerine dayanmaktadır. Büyüme oranları ve zaman dilimleri, serilerdeki kesintileri dikkate almak için ayarlanmıştır.
Kaynak: OECD(2023d) Health Statistics. https://www.oecd.org/health/health-data.htm (Erişim Tarihi 12.11.2023)

Pandemi sırasında ülkelerin uyguladıkları politikaların kapsamı ve süresi nedeniyle sağlık harcamalarında gerçekleşen büyüme oranları farklı şekilde gerçekleşmektedir. 38 OECD ülkesinin yaklaşık üçte ikisinin pandemi sırasında krizden hemen önceki yıllara göre daha yüksek büyüme kaydettiği görülmektedir. Ancak Meksika'da (-%1,1) son üç yıllık dönemde genel olarak negatif büyüme gerçekleşmiştir. Letonya (%13,5)ve Türkiye (%10,4) gibi bazı ülkelerde 2019 ile 2022 yılları arasında sağlık harcamalarında çift haneli büyüme gerçekleşmiştir. Bu durum, salgının etkilerinin hem ciddiyetini halen koruduğunu hem de 2022'de de devam ettiğini yansıtmaktadır. Yeni Zelanda'da 2015-2019 yılları arasında %1,7 iken 2019-2022 yılları arasında %8,7 şeklinde bir artış gerçekleşmiştir. 2020 ve 2021 yıllarında güçlü sınırlama politikaları uygulanması sonrasında yaşanan gevşeme ile birlikte COVID-19 vakalarında bir miktar artışa neden olmuştur.

Seçilen hizmetlerde kişi başına sağlık harcamalarındaki ortalama yıllık artış Grafik 13 yardımıyla incelenmektedir. Söz konusu grafikte; hasta bakımı, ayakta bakam, uzun vadeli bakım, ilaçlar, önlemler ve yönetim şeklindeki hizmetler 2015-2019 yılları ile 2019-2021 yılları arasındaki değişimleri incelenmektedir.

Grafik 13: Seçilen Hizmetlerde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamalarındaki Ortalama Yıllık Büyüme



Kaynak: OECD(2023d) Health Statistics. https://www.oecd.org/health/health-data.htm (Erişim Tarihi 12.11.2023)

Birçok ülkede sağlık harcama kalıplarını büyük ölçüde değiştiren olay COVID-19 salgınıdır. 2015 ve 2019 yılları arasında, perakende ilaç (%1,2) ve hasta bakımı (%2,2) için kişi başına düşen yıllık harcama artışı nispeten ılımlı olurken, ayakta tedavi, uzun vadeli bakım ve kişi başına idari harcamalarda yıllık ortalama artışları %3-3,5 gerçekleşmiştir. Ancak pandemi, tüm sağlık hizmetleri fonksiyonlarında olağanüstü bir harcama artışı gerçekleştirmiştir. Önleyici bakım için yapılan harcamalar pandemi öncesi dönemde (2015-2019 yılları arasında) %2,3 iken pandemi ile birlikte harcamalar yılda yaklaşık %50 artmıştır. Ülkeler pandemiyle ilgili test, takip, gözetim ve kamuyu bilgilendirme kampanyalarına önemli miktarda kaynak ayırmıştır. Aynı zamanda yeni teknolojik uygulamaların yaygınlaştırılması da harcamalar konusunda itici güç haline gelmektedir. Aşılama çalışmaları ve kampanyaları 2020 ve 2021 yıllarında mevcuttur. Yatarak tedavi hizmetleri için kişi başına düşen yıllık harcama artışı, ek personel giderleri, girdi maliyetleri (örneğin kişisel koruyucu ekipman) ve hastanelere yönelik önemli desteklemelerin etkisiyle gerçekleşmektedir. Sağlık sistemi yönetimine yapılan harcamalar da 2019-2020 yılları arasında %8,2 oranla güçlü bir büyüme kaydetmiştir. Bu artış, COVID-19 müdahale stratejilerini yönetmek amacıyla gereken ek kaynaklardan dolayı gerçekleşmiştir. Özellikle en son artışlardan bazılarının kısa ömürlü olacağı tahmin edilmektedir. Çünkü salgının akut aşamasından çıkmasıyla büyüme oranlarında normalleşme beklenmektedir. OECD üyesi ülkelerin kişi başına düşen sağlık harcamaları, kişi başına düşen kamu sağlık ve kişi başına düşen özel sağlık harcamaları olmak üzere Tablo 10 ve Tablo 11'in yardımıyla incelenmektedir.

Tablo 10: Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması (ABD Doları Cinsinden)

Ülke/Yıl	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Avustralya	2610	2777	2712	2832	3283	3414	3597	3658	3810	3975	4387	4933
Avusturya	3113	3246	3462	3569	3686	3771	3963	4163	4397	4700	5012	5690
Belçika	3114	3243	3405	3516	3637	3822	4034	4188	4381	4545	4766	5058
Kanada	2995	3038	3135	3272	3323	3395	3580	3667	3802	3821	4550	4777
İsviçre	1840	2007	2149	2177	2259	2367	2500	2559	2613	2715	2994	3258
Şili	581	651	726	798	852	909	998	1124	1198	1220	1365	1472
Kolombiya	547	577	564	621	670	705	740	781	827	86	938	1119
Kosta Rika	761	786	802	833	890	961	1013	1044	1115	1184	1219	1199
Çekya	1789	1848	1880	1950	2075	2098	2257	2411	2603	2852	3451	3661
Almanya	3270	3460	3554	3787	4002	4125	4405	4676	4902	5193	5626	6013
Danimarka	3853	3886	3985	4085	4182	4292	4502	4706	4872	5099	5453	6001
İspanya	2154	2150	2091	2083	2139	2271	2390	2497	2580	2793	2987	3127
Estonya	1044	1104	1188	1282	1370	1442	1561	1642	1796	1980	230	2481
Finlandiya	2797	2988	3127	3233	3249	3220	3280	3387	3523	3811	4098	4603
Fransa	2855	2956	3009	3188	3268	3387	3701	3841	3960	4222	4499	4787
Birleşik Krallık	2956	3009	3094	3194	3300	3385	3511	3585	3688	3938	4671	5155
Yunanistan	1846	1548	1408	1341	1191	1264	1193	1212	1253	1245	1454	1693
Macaristan	1077	1139	1117	1174	1207	1243	1320	1360	1453	1487	1751	1955
İrlanda	3472	3453	3543	3491	3478	3656	3895	4074	4047	4496	5233	5569
İzlanda	2654	2684	2744	2911	3044	3206	3527	3760	3945	4232	4348	4766
İsrail	1318	1389	1471	1599	1614	1671	1798	1896	1975	2002	2224	2499
İtalya	2463	2474	2438	2436	2421	2430	2590	2658	2757	2919	3142	3300
Japonya	2623	3176	3362	3537	3564	3694	3639	3728	3808	3920	3924	3961
Kore	1094	1125	1160	1207	1277	1406	1529	1638	1846	2052	2232	2663
Litvanya	960	1036	1027	1069	1158	1230	1340	1415	1564	1818	2065	2305
Lüksemburg	5223	4750	4328	4483	4697	4686	4903	5054	5275	5671	6061	6531
Letonya	643	695	692	731	773	825	911	974	1137	1299	1511	2186
Meksika	445	487	522	549	529	554	558	552	546	541	609	59
Hollanda	3137	3268	3416	3602	3536	3437	3484	3592	3820	4044	4628	5006
Norveç	4396	4637	4894	5112	5282	5253	5354	5644	6016	6279	6411	7108
Yeni Zelanda	2346	2454	2498	2628	2716	2609	2779	2897	2911	3288	3587	3662
Polonya	965	1012	1032	1107	1138	1190	1275	1357	1437	1613	1647	1771
Portekiz	1819	1678	1560	1632	1654	1701	1826	1878	2009	2159	2368	2582
Slovakya	1383	1383	1448	1540	1586	1601	1688	1611	1658	1826	1884	2129
Slovenya	1726	1787	1795	1843	1852	1919	2077	2146	2344	2598	2807	3049
İsveç	2909	3940	4123	4263	4364	4478	4645	4776	4992	5226	5496	5829
Türkiye	679	722	725	762	799	817	878	896	887	940	1009	1096
ABD	3826	3925	4040	4174	4482	4751	4914	5067	5289	5521	6703	6655

Kaynak: World Health Organization, (2022b), https://apps.who.int/nha/database Erişim Tarihi:10.12.2022

Tablo 10'da; 2010 yılında Meksika'nın 445 dolarlık en düşük kişi başı kamu sağlık harcamasını, 547 dolarla Kolombiya ve 581 dolarla Şili takip etmektedir. 2010 yılında Lüksemburg 5223 dolar kişi

başına düşen kamu sağlık harcaması ile ilk sırayı alırken, ikinci sırada 4396 dolar ile Norveç ve 3853 dolar ile Danimarka yer almaktadır. Son yıllara baktığımızda kişi başına düşen kamu sağlık harcamasının yüksek olduğu ülkeler arasında yine Norveç, Danimarka ve Lüksemburg yer alırken, bu ülkelerin arasına ABD ve İrlanda yer almaktadır.

2010 yılında 581 dolarlık kişi başına kamu sağlık harcaması olan Şili'nin 2020 yılında 1365 dolar, 2021 yılında ise 1472 dolarlık bir artış gösterdiği tespit edilmiştir. Aynı şekilde Kore, Estonya ve Slovakya gibi ülkelerde de yıllar içinde kişi başına kamu sağlık harcamalarında artış olduğu görülmektedir. Yunanistan'da ise durum tam tersidir. 2010 yılında 1846 dolar iken 2020 yılında 1454 dolar ile kişi başına kamu sağlık harcamasında azalma olduğu görülmektedir. Türkiye'de ise 2010 yılında kişi başına kamu sağlık harcaması 679 dolar iken 2020 yılında 1096 dolar artış olduğu görülmektedir.

Tablo 11, kişi başına özel sağlık harcamasının yıllar içerisindeki seyrini göstermektedir. Genel olarak baktığımızda 2010 ile 2021 yılları arasında kişi başına özel sağlık harcamalarında azalma yaşayan ülke bulunmamaktadır. Bu yıllar arasında kişi başına düşen özel sağlık harcamalarında, kamu sağlık harcamalarında olduğu gibi artış seyri görülmektedir. Yıllar içerisinde ABD'de kişi başına özel sağlık harcamaları 2010 yılında 4006 dolar iken 2020 yılında ise 5357 dolar; Kore'de 2010 yılında 780 dolar iken 2021 yılında kişi başına düşen özel sağlık harcaması 1703 dolar'dır.

Tablo 11: Kişi Başına Düşen Özel Sağlık Harcaması (ABD Doları Cinsinden)

Ülke/Yıllar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Avustralya	997	1013	1095	1349	1399	1392	1461	1475	1520	1415	1567	1554
Avusturya	1187	1220	1289	1376	1397	1434	1514	1478	1507	1576	1519	1582
Belçika	970	1014	1048	1111	1141	1181	1220	1270	1338	1496	1352	1460
Kanada	1290	1288	1311	1342	1374	1397	1546	1600	1654	1676	1624	1774
İsviçre	3594	3799	3912	4261	4393	4705	4942	5001	5028	5352	5343	5739
Şili	652	730	788	877	933	985	1012	1106	1159	1176	1060	1174
Kolombiya	210	206	239	268	281	290	312	318	328	371	377	422
Kosta Rika	289	332	332	339	363	360	368	375	425	448	476	513
Çekya	328	345	351	366	401	400	432	457	476	516	495	587
Almanya	1050	1128	1157	1168	1194	1234	1292	1349	1442	1536	1540	1593
Danimarka	719	744	738	752	770	802	846	899	945	992	981	1042
İspanya	739	775	809	850	905	913	950	1044	1094	1166	1096	1240
Estonya	353	365	387	438	464	491	533	591	644	682	686	776
Finlandiya	764	786	791	836	835	879	934	954	961	941	940	1010
Fransa	1197	1254	1272	1343	1374	1295	1228	1227	1265	1395	1361	1543
Birleşik Krallık	689	701	732	765	786	804	808	852	917	982	909	1004
Yunanistan	832	803	802	825	875	892	1122	1107	1146	1305	1236	1163
Macaristan	540	581	606	599	602	591	629	627	646	689	734	752
İrlanda	1085	1338	1383	1440	1407	1436	1479	1508	1497	1559	1473	1626

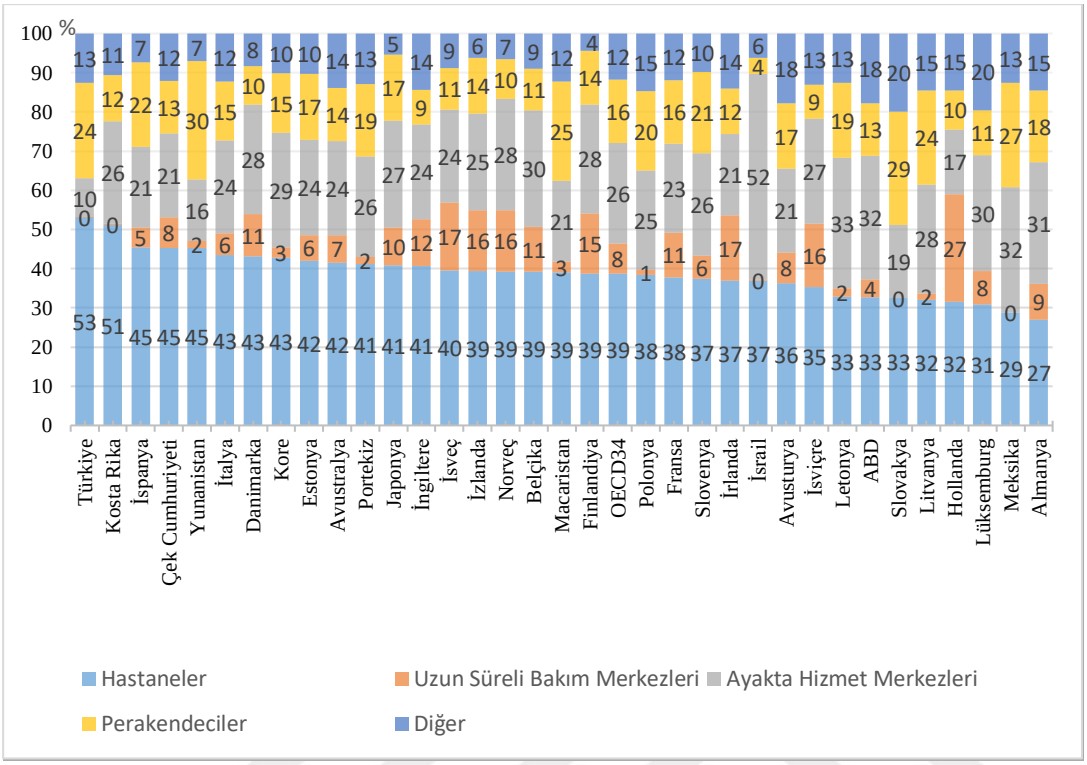
İzlanda	669	671	689	717	738	761	800	833	844	879	870	930
İsrail	754	800	845	887	909	927	1004	1031	1037	1043	1016	1129
İtalya	676	738	775	780	789	835	891	947	976	1039	996	1073
Japonya	579	617	644	661	673	699	691	699	738	749	700	714
Kore	780	829	886	912	993	1091	1184	1239	1371	1493	1498	1703
Litvanya	388	434	513	558	579	626	693	743	798	965	924	1109
Lüksemburg	856	944	768	785	799	782	827	825	849	845	791	896
Letonya	425	399	454	487	523	581	720	727	764	866	867	963
Meksika	441	436	462	472	486	507	530	540	554	560	542	592
Hollanda	1447	1510	1573	1617	1676	1765	1789	1992	1990	2082	2088	2173
Norveç	793	855	880	901	911	890	917	987	1003	1046	1046	1167
Yeni Zelanda	651	660	683	757	791	884	948	942	979	1089	1019	1091
Polonya	387	413	446	466	488	526	582	614	583	645	642	684
Portekiz	914	922	984	986	1023	1056	1137	1191	1274	1391	1316	1505
Slovakya	565	535	588	561	413	432	423	427	435	491	463	541
Slovenya	659	686	738	778	774	770	796	843	893	992	1052	1107
İsveç	618	724	773	811	829	855	868	862	896	913	881	955
Türkiye	191	190	191	211	231	229	241	257	259	270	271	295
ABD	4006	4096	4234	4259	4345	4496	4685	4835	4991	5136	5055	5357

Kaynak: World Health Organization, (2022b), https://apps.who.int/nha/database Erişim Tarihi:10.12.2022

2.4.5. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Sağlık hizmetlerinin nerede ve nasıl sunulduğu önemlidir. Çünkü sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtiyaç duyulan mal ve hizmetler hangi sağlayıcı tarafından kullanıldığı ile ilgilidir. Sağlık hizmetleri hastanelerden, tıbbi muayenehanelere, ayaktan tedavi merkezlerine ve perakendecilere kadar çok çeşitli sağlayıcılar tarafından sunulmaktadır. Hizmet sunucularına göre sağlık harcamalarının analiz edilmesi, sağlık sistemlerinin yapısını daha iyi görülmesine olanak sağlayacaktır. OECD üyesi 34 ülkenin hizmet sunucularına göre sağlık harcamalarının dağılımı Grafik 14 yardımıyla incelenmektedir.

Grafik 14: Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları



Not: "Diğer", yardımcı hizmet sağlayıcılarını (ör. hasta taşıma, laboratuvarlar) içerir; sağlık sistemi yönetimi, halk sağlığı ve önleme kurumları; ücretli uzun süreli bakım sağlamaları durumunda haneler; ve sağlık hizmetlerinin ikincil bir ekonomik faaliyet olduğu atipik sağlayıcılar.

Kaynak: OECD (2023c), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, Paris: OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en Erişim Tarihi: 08.11.2023

OECD ülkeleri arasında sağlık hizmeti sunumlarının farklı olması, aynı zamanda sağlık harcamalarının hizmet sunucuları arasındaki dağılımın da farklı olmasına neden olacaktır. OECD genelinde hastanelerde yürütülen faaliyetlerin OECD ortalaması %39'dur. OECD ortalamasını, Türkiye ve Kosta Rika büyük ölçüde aşmaktadır. Özellikle Türkiye'de uzun süreli bakım merkezlerinin azlığı ve bu hizmetin hastaneler tarafından sunulması, sağlık harcamalarını önemli ölçüde etkilemektedir. Bunun yanı sıra OECD ortalamasının çok altına yer alan Almanya ve Meksika, toplam sağlık bütçesinin yüzde 32'lik kısmını hastanelerde harcamaktadır. İkinci en büyük hizmet sunucusu olan ayakta hizmet merkezleridir. OECD ülkeleri genelinde ayakta hizmet sunucuları tarafından sunulan bakım, ortalama olarak tüm sağlık harcamalarının yaklaşık dörtte birini oluşturmaktadır. İsrail (%52), Letonya (%33), ABD (%32), Meksika (%32) ve Almanya (%31) OECD ortalamasının üstünde yer alan ülkelerdir. 2021 yılında ayaktan hizmet sağlayıcılara yapılan harcamalar Türkiye'de %10'da, Yunanistan, Hollanda ve Slovakya Cumhuriyeti'nde ise %20'nin altında yer almaktadır. Hizmet sağlayıcılarının çoğunluğu

perakendeciler ve eczanelerden oluşmaktadır. Diğer hizmet sunucusu gruplar arasında, tüm sağlık harcamalarının %16'sını perakendeciler ve toplam sağlık harcamalarının %8'ini ise uzun süreli bakım merkezleri oluşturmaktadır (OECD 2023c:160-161).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TARİHSEL SÜREÇTE YAŞANAN PANDEMİLER ve COVID-19 PANDEMİSİ, SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

Hastalık, insanoğlu için geçmişten günümüze kadar önemini koruyacak konuların arasında gelmektedir. Her hastalık kendi içinde farklı bir önem taşımaktadır. Bireylerin sağlıklı bir şekilde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için söz konusu hastalıkların tanı-tedavilerinin zamanında ve en iyi şekilde yapılması gerekmektedir. Ancak bazı hastalıklar vardır ki salgın olarak ifade edilir. Salgın hastalıklar, tüm insanlığı tehdit eden sağlık olayları olarak ortaya çıkmaktadır. İnsanoğlunun salgınlar ile mücadelesi her zaman var olan bir durumdur. Sağlık krizi olarak başlayan olay daha sonrasında hem ekonomik hem de sosyal etkiler ortaya çıkarmaktadır.

Çalışmanın bu bölümünde tarihte yaşanan ve yıkıcı etkileri olan pandemi şeklinde görülen Kara veba, Kolera, İspanyol gribi gibi salgın hastalılar incelenecektir. Ayrıca bu salgın hastalıların döneminde ne gibi ekonomik ve sosyal etkiler bıraktığı da incelenecektir. Buna ilaveten günümüzde yaşanan COVID-19 salgınını ele alınarak incelenecektir.

3.1.Tarihte Yaşanan Pandemiler ve Ekonomik-Sosyal Etkileri

İnsanoğlunun kitlesel ölümlerine neden olan bir den fazla etken vardır. Bunlar kıtlık, savaş ve doğal afetlerdir. Bunların yanı sıra salgın hastalıklar da insanoğlunun kitlesel ölümlerini önemli derecede etkilemektedir. Her hastalığın salgın olup olmadığı, neye göre salgın olduğu (epidemi) ve neye göre küresel salgın (pandemi) olduğu gibi hususlar salgın hastalıkların ayrımında kullanılmaktadır. Endemic, epidemik ve pandemik kelimelerinin tanımları şu şekildedir.

Endemic, Belirli bir bölgeye veya popülasyana özgü ve kontrol altıda tutulan mevcut hastalıklardır. Çoğu hastalık endemik ve çok bulaşıcı değildir. Çünkü görüldüğü yerdeki pek çok kişi onlara karşı yüksek derecede bağışıklığa sahiptir (Hays 2005: 482; LeMay 2016: 4).

"*Epidemik [Yunanca epi (üzerinde), dēmos (insan) kelimesinden gelir] Bir toplulukta veya bölgede bir hastalık, sağlıkla ilgili belirli davranış veya diğer sağlıkla ilgili olayların açıkça normal beklentiyi aşan vakalarının ortaya çıkmasıdır*" (Porta 2014: 93).

"Pandemik; çok geniş bir alanda meydana gelen, uluslararası sınırları aşan ve genellikle çok sayıda insanı etkileyen bir salgın. Sadece bazı pandemiler, bazı bireylerde veya nüfus düzeyinde ciddi

hastalığa neden olur. Bir pandeminin nedenselliğini etkileyen enfeksiyöz ajanın[9] *özellikleri şunları içerir: ajan insanları enfekte edebilmeli, insanlarda hastalığa neden olabilmeli ve insandan insana kolayca yayabilmelidir"* (Porta 2014: 209).

Yeni olan bir hastalığın aniden bir bölgede ortaya çıkması ya da daha önce endemik olan bir hastalıkta yeni vaka sayısında ani bir artış olması durumu salgındır. Örneğin, Su çiçeği gibi çocukluk çağı hastalıkları yerel salgınlar olarak da görülmüştür. Yine çocukluk döneminde görülen kızamık ve çocuk felci hastalıkları da yerel veya ulusal salgın hastalıklar şeklinde yayılmıştır. Bir hastalığın salgın haline gelmesinde şu durumlar etkili olmaktadır. Normalde endemik olan bir hastalığa neden olan organizmanın mutasyona uğraması, daha tehlikeli bir forma dönüşmesi, sosyal veya doğal çevrede bir değişikliğin olması durumunda (örneğin, sivrisinek popülasyonunu artıran uzun bir ıslak dönem) hastalık, salgın hastalık haline gelmektedir (Youngerman 2008: 5-6).

Çoğu zaman, önemli bir şekilde ölüme sebep olan salgın hastalıkların bölgeden bölgeye ya da ülkeden ülkeye yayılmaması için insan göçü kısıtlanmıştır. Ancak salgın hastalıkların yayılması savaşların bölgelerden çok dünyanın geniş kesimlerine yayılması neticesinde gerçekleşmektedir. Salgın hastalıkların yayılması askeri birliklerin savaş esnasında ülkeler arası seyahat etmesi neticesinde, küresel salgın hastalık haline gelmektedir (LeMay 2016: 50). Salgınların yayılımı, önce bireylerin hasta olması daha sonra hastalığın toplumun her kesimine bulaşması sonucunda olmaktadır. Göç, savaş ya da buna benzer olaylarla tüm dünyaya yayılması salgının bir bölgeden tüm dünyaya yayılmasına neden olmaktadır. Salgının bu şekilde yayılması sağlık, siyasal, kültürel, sosyal ve ekonomik yönden olumsuz etkilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Geçmişten günümüze kadar yaşanmış birçok salgının büyük etkileri olmuştur. Bu salgınlar üç büyük veba, yedi kolera ve 10'dan fazla grip pandemisi şeklindedir. Bunların yanı sıra epidemik kapsamında yaşanan çiçek, sarı humma ve sıtma hastalıkları da pandemi kadar toplumsal düzeni etkileyen hastalıklar olarak ortaya çıkmıştır (Tunç, Atıcı 2020: 339). Aşağıda pandemi olarak yaşanan salgınların hem sağlık yönü hem de sosyal yönü tek tek ele alınarak incelenmiştir.

3.1.2. Birinci (Justinian) Veba Salgını (541-544)

Dünyanın farklı bölgelerinde farklı dönemlerde birçok salgın meydana gelmiştir. Bu salgınlardan bazıları, özellikle kitlesel ölümlerin kıtalar arasında meydana gelmesi yani pandemi olması

[9] Enfeksiyöz ajanlar (etyolojik ajanlar); kendisi veya toksini insanda veya hayvanda hastalığa yol açabilen ajanlardır. Bakteri, virüs, parazit, fungal ajanlar (Sınıf 1-4). Salmonella (sınıf III bakteriyel ajan) ve HIV (sınıf II viral ajan). Enfeksiyöz ajanlar - PowerPoint Sunusu Https://acikders.ankara.edu.tr. Erişim Tarihi:05.04.2022.

sebebiyle tarihte önemlidir (Artvinli 2020:130). Tarihte üç büyük vebadan biri olan birinci veba, MS 541 yılında (6. yüzyılda başlamış 8. yüzyılda sona ermiştir.) Akdeniz toprakları ve Batı Asya topraklarında yıkıcı bir salgın olarak görülmüştür. İlk olarak Mısır'ın güneydoğusunda yer alan Nil deltasının en doğusunda liman şehri olan Pelusium'da görülmüştür (Ligon 2020: 22; Youngerman 2008:15). Daha sonra batıda İskenderiye, doğuda Gazze, Kudüs ve Antakya'ya yayılmıştır. Deniz ticareti sebebiyle Konstantinopolis'e (İstanbul) ulaşan salgın hastalık, 544 yılında güney Fransa'yı, İtalya'yı, Ren vadisi, kuzeyde İngiltere ve İrlanda, batıda İber Yarımadası, güneyde Sahra, doğuda İran ardından Afrika ve Asya olmak üzere tüm dünyaya yayılmıştır. Birinci Veba Salgını yani veba pandemisi, hastalık nedeniyle insanların kasık ve koltuk altı bölgelerinde hıyarcıklı şekillerin oluşmasından dolayı hıyarcıklı veba, batıda ise (Doğu) Roma İmparatoru I. Justinianus döneminde meydana gelmesinden dolayı Justinian Vebası olarak bilinmektedir (Byrne, Hays 2021:7; Frith 2012: 12-13).

Dönemi anlatan yazarlar (Procopius ve Efesli John) vebadan ölenlerin sayısının özellikle Konstantinapolis'te günlük 5000 ve bazı günlerde 10.000 kişi olduğunu belirtmişlerdir. Veba nedeniyle şehir nüfusunun üçte birinden fazlası kaybedilmiştir. Özellikle ölüler şehir surlarının kulelerinde üst üste yığılarak gömülemeyecek kadar çok olduğu görülmüştür. 542-546 yılları arasında Asya, Afrika ve Avrupa'da veba nedeniyle yaklaşık 100 milyon insan öldüğü tahmin edilmektedir (Byrne, Hays 2021:7; Frith 2012: 12-13).

Salgın nedeniyle hem Roma İmparatorluğu hem de diğer salgınla boğuşan ülkelerde sosyal, ekonomik ve siyasal anlamda bozulmalar yaşandığı kaydedilmiştir. Tam güvenilir veri olmamasına rağmen o döneme ait arkeolojik kazılarda ortaya çıkan mezarlık ve şehir kalıntılarında veba izleri taşındığı görülmektedir. Toplu mezarların olması, şehirlerde özelikle 540 yıllarından sonra yeni binaların olması ve kamu binalarının görece kıtlığı gibi kanıtlar bulunmaktadır. Ayrıca demografik bir kriz olduğuna yönelik kanıtlardan bir tanesi Vizigot İspanyol krallığının kanıtlarıdır. Buna göre Hiristiyan yöneticiler Yahudilere yönelik saldırıları durdurma nedeni olarak işgücü kıtlığını öne sürmüşlerdir. Roma İmparatorluğu'nda öncelikle vergi sorunlarının oluşmasına neden olmuştur. Kitlesel ölümlerin yanı sıra sağ kalanlarda hastalıktan dolayı verimli çalışamama durumunun olması, ekilen ürünlerin toplanamaması ve ticaretin sürdürülememesi finansal krizleri ortaya çıkarmıştır. Kıtlıkların başlaması, zayıflayan altın sikkeler ve vergi gelirlerinin düşmesi gibi sorunların veba sonrası dönemde de yaşandığı kanıtlarla görülmektedir (Mier 2016:275-281; Hays 2005:27-28).

3.1.3. Kara Veba (Büyük Veba Salgını) (1347-1351)

İkinci veba ise Kara Ölüm (Kara Veba) olarak bilinen 14. yüzyılda yaşanan ve etkisi uzun yıllar devam eden bir pandemidir. Kara vebaya yenik düşen insan sayısının 50 ila 200 milyon kişi olduğu

ifade edilmektedir. Bu kayıpların yarısı Afrika ve Asya'da; diğer yarısı ise Avrupa kıtasında gerçekleşmiştir. Bu salgında Avrupa kıtasının nüfusunun dörtte birini yitirdiği tespit edilmiştir (Thikhomirov 1999: 12). Bu hastalığın bulaşma nedeni Yersinia pestis adı verilen bir bakterinin neden olduğu kaydedilmişdir. Kemirgenlerin taşıdığı pirelerin bu bakteriyi barındırdığını ve pirelerin insanları ısırması sonucunda insanlara daha sonra ise insandan insana bulaşmasıyla veba salgını küresel boyutta ilerlemiştir (Aslan 2020:37; LeMay 2016:30-31). Ölüm oranlarının özellikle Avrupa ülkelerinde yüksek olması nüfusun azalmasına neden olmuştur. Salgın hastalık nedeni ile bazı şehir ve köylerde yaşam belirtisi koybolmuştur. Tablo 12 yardımıyla bazı Avrupa şehirlerinde vebadan ölüm oranları incelendiğinde, ölüm oranlarında yıllara göre artış ve azalış gözlemlenmektedir. 1743 yılında Messina'da ölüm oranı %70 iken 1631 yılında ise Venedik'te ise %30 olarak tahmin edilmiştir.

Tablo 12: Avrupa Şehirlerinde Vebadan Ölümler

Şehirler	Yıllar	Nüfus	Veba Ölümü	Ölüm Oranı
Lyon	*1628*	*100,000*	*50,000*	*%50*
Milano	*1630*	*130,000*	*60,000*	*%46*
Verona	*1630*	*53,000*	*30,000*	*%57*
Venedik	*1631*	*141,000*	*46,000*	*%30*
Barcelona	*1651*	*44,000*	*20,000*	*%45*
Napoli	*1656*	*300,000*	*150,000*	*%50*
Cenova	*1657*	*100,000*	*60,000*	*%60*
Marsilya	*1720*	*100,000*	*50,000*	*%50*
Messina	*1743*	*40,000*	*28,000*	*%70*

Kaynak: Tekin 2021:335.

Kara ölümün ortaya çıkışı ve ilerlemesi, 1346'da, Altın Orda Hanlığı olarak adlandırılan Moğol topraklarında meydana gelmiş daha sonra, Don Nehri'nin güneyinde, Volga Nehri'nin batısında, Kafkas Dağları'nın kuzeyinde, Hazar Denizi ve Karadeniz, şu anda Rusya'nın güneyindeki topraklarda görülmeye başlanmıştır. 1347'de hastalık, deniz ticareti sebebiyle Konstantinopolis'e ulaşmıştır. Salgının Konstantinopolis'e ulaşmasının ardından iç bölgelere, yani Anadolu'ya yayılmıştır. 1347'de

yine deniz ticareti ile beraber Konstantinapolis'ten başlayarak; Kıbrıs, İskenderiye (Mısır kıyısında), Girit ve Güney Yunanistan, Dubrovnik, Split, Venedik, Sicilya, Sardunya, Korsika, Kuzeybatı İtalya'da Pisa ve Cenova'ya kadar yayılım göstermiştir. 1346'dan 1351 yılına kadar dünyada insanların yaşamını sürdüğü her bölgede deniz ticareti nedeniyle veba salgınıyla boğuşmuştur. Tüm dünyanın etkilendiği bu salgında en fazla etkilenen kıta, Avrupa kıtası olmuştur (Hays 2005: 26-27).

6. yüzyılda meydana gelen ilk veba salgınında insanlar bunun ilahi bir cezalandırma olduğuna inanmışlar ve ilahi gücün affetmesiyle hastalıklardan kurtulacağına inanmışlardır. Bu durumun benzeri ikinci veba salgınında da yaşanmıştır. Dua ve dinî ritüeller ile salgın hastalıktan kurtulma yolları aranmıştır. Ayrıca salgının yoğun olarak görüldüğü yerlerdeki insanlar bu bölge ya da şehirleri terk ederek salgından kurtulmak istemeleri, salgının az görüldüğü yerlerde olumlu karşılanmamıştır. Bu tip göçler kabul edilmemiştir. Günümüzde de kullanılan çoğu yöntem bu dönemde uygulanmış ve salgının bulaşıcılığının azaltılması amaçlanmıştır. 1356 yılında ilk kanalizasyon sistemine geçilmiş, çöplerin sokaklara ve nehirlere atılması yasaklanmıştır. Özellikle cüzzam gibi bulaşıcılığı yüksek olan hastalar için kullanılan tecrit uygulaması bu salgın içinde kullanılmış ve 1377 yılında ilk karantina uygulanmıştır. Hasta olduğu yetkililere bildirilen aile ya da topluluklar karantinaya alınmıştır. Ölülerin şehir dışına gömülmesi, eşyalarının yakılması öldüğü yerin havalandırılıp tütsülenmesi de uygulanmıştır. İtalya ve Güney Fransa da uygulanan gözlem istasyonları ve izolasyon hastanelerin kurulması, sıhhi kontrol sisteminin oluşturulması da uygulamalar arasında yer almıştır (Roosen 2017:81-82).

Kara veba, birinci vebanın yaşattıklarının izleri tam anlamıyla silinmeden toplum üzerinde dönüm noktaları oluşturacak etkiler meydana getirmiştir. Salgının öncelikle (ölüm oranlarının yüksek olması nedeniyle) etki ettiği unsur nüfus olmuştur. Küresel boyutta yaşanan bu salgın insanları sadece sağlık açısından etkilememiş, demografik, ekonomik ve sosyal açılardan da etkilemiştir.

Diamond (2018: 94-95)'a göre yabani hayvan ve bitki türlerinin evcilleştirilmesi insanların daha kalabalık bir şekilde yaşamalarına ve nüfus artışına neden olmuştur. Bu da salgın hastalıkların artmasına sebebiyet vermiştir. Nüfus artışının sürekli olması hem sağlık açısından hem de ekonomik açıdan olumsuzlukları beraberinde getirmiştir. Daha fazla tarım ürünü üretmek amacıyla toprağın verimsizleştirilmesi insanları yeni tarım alanları aramaya itmiştir. Orman arazilerinin tarım arazisi olarak açılmasına neden olmuştur. Kalabalık ortamlarda yaşayan insanların temizlik kurallarını yerine getirmemesi gibi sebepler hasatlığın yayılma hızını artıran etkenlerdir (Blockmans 1980:845; Nikiforuk 1996: 69-70).

Nikiforuk (1996: 69-70)'a göre; veba salgının, ani bir şekilde ortaya çıkması, coğrafi yayılımı ve tahminlerden fazla ölümlere sebebiyet vermesinden (özellikle Avrupa kıtasında) dolayı nükleer bir

savaşla kıyaslanabilecek kadar önemlidir. Salgının birçok önemli etkisi vardır. Bunlardan bir tanesi de feodalizmin yıkılmasıdır. Feodal yapının yönetimsel bir zafiyetle salgının yayılmasına sebep olması kaynaklıdır. Özellikle ticari kısıtlamaların yapılmaması, hastalığın yayılmasına neden olmuştur. Veba nedeniyle emek piyasasında oluşan azalmalar işçilerin daha yüksek ücretlerle çalışmak istemelerine neden olmuştur. Özellikle hayatta kalan bireyler, (beden gücüyle çalışan işçiler) yüksek ücret talep etmişlerdir. Ekim alanları, bağlar ve bahçeler ekilip dikilemediği için hem kıtlık (mısır, arpa her türlü yiyecek) hem de fiyat artışı yaşanmıştır. Ücret artışları Batı Avrupa ve İngiltere'de farklı Doğu Avrupa' da farklı yaşanmıştır. Doğu Avrupa'da Batı Avrupa'nın tam tersi bir durum gerçekleşmiştir. İkinci serflik dönemi başlamıştır. Ücret artışlarını baskılamak amacıyla 1349 İşçiler Fermanı (Ordinance Of Labourers) ve 1351 İşçiler Kanunu (Statute Of Labourers) olmak üzere iki yasal düzenleme yapılmıştır. Bu kanunların temel amacı ücret artışının önüne geçmek olsa da aslı amaç işçileri(köylüleri) işverenlerine(efendilerine) bağlayan bir düzenleme olmasıdır. Devletin ihtiyacı olan finansmanı salgın döneminde vergi artışıyla karşılamak istemesi vergi isyanlarının oluşmasına neden olmuştur. Bu isyanlardan en ünlüsü Watt Tyler isyanı olmuştur. 1381 yılındaki isyan köylü isyanı olarak başlamış Watt Tyler önderliğinde olduğu için onun ismiyle anılmıştır (Acemoğlu, Robinson 2018: 95-99).

Kara veba salgını çok şiddetli olmasa da dönem dönem etkisini göstermiştir. Bu da insanlara, hastalıkların salgın şeklinde bulaşıcılığını bir kez daha hatırlatmıştır. Bulaşıcılığın önlemesinde toplum sağlığı için önemli olanın dini ritüellerin değil koruyucu sağlık hizmeti sunan kurumların kurulmasının gerekliliği kavranmıştır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin gelecek dönemde gelişmesi açısından önemli bir adımdır (Özden, Özmat 2014: 84).

3.1.4. Üçüncü Veba (1855)

Üçüncü veba salgınının, 1855 yılında Çin'de tekrar ortaya çıkması salgınların devam ettiğini göstermektedir. Çin'in uzak eyaleti Yunnan'da vahşi kemirgenlerin taşıdığı hastalık kısa sürede tüm dünyaya yayılmıştır (Frith 2012: 15). Bombay salgını olarak da isimlendirilen salgın, 19. yüzyılın ikinci yarısında Güneydoğu Asya bölgesinden yayılmaya başlamıştır. Tüm dünyayı etkileyen hastalık 20. yüzyılın ortalarına kadar etkisini devam ettirmiştir (Menteşe 2020: 82). Hong Kong ve Guanzgzhou şehirleri kıyı nakliye merkezleri olmaları sebebiyle hastalığın Çin'den enfekte olan hayvanların gemilerle başka kıtalara taşınmasıyla yayılmıştır. Salgın hastalığın, kemirgenlerden insana, insandan insana yayılması ve bulaşma hızının fazla olması sebebiyle pandemi haline gelmiştir. Üçüncü veba salgını tahmini olarak Hindistan ve Çin de 12 milyondan fazla kişinin ölümüne neden olmuştur (Türk, vd 2020: 619). Avrupa kıtasındaki vakaların raporlanması, 1896 yılında Bombay'dan gelen geminin Londra da Thames Nehri üzerinde demirlemesi ve vebadan dolayı iki denizcinin ölümüyle gerçekleşmiştir (Bramanti, vd. 2019:1).

Bu salgınla beraber özellikle Avrupa ülkeleri salgın için alınması gereken önlemlerin daha etkili ve salgının sonlandırmak amacıyla yapılması gerektiğini savunmuşlardır. Çünkü gelişen ticaret ve ulaşım (buharlı tren ve gemilerin olması) ağları nedeni ile veba tarzı hastalıklar hızlı bir şekilde ülkeler arası yayıldığı fark edilmiştir. Daha önceki veba salgınlarında alınan önlemlerin karşılaştırılmasıyla etkin mücadele yöntemleri kullanılması için adımlar atılmıştır. Öncelikle veba organizmasının bulaşma yollarının belirlenmesi ve bunun izole edilmesi hastalığın önlenmesinde etkin bir rol oynamaktadır (Ligon 2006:166).

Doktorlar ve bilim insanları, Hindistan ve Çin'deki salgınlar sonrasında insandan insana bulaşan veba salgının sıçanlar nedeniyle meydana geldiğini gözlemlemişlerdir. Siyah sıçanların bulaşmaya karıştığını iddia etmişlerdir. Pastörist Alexandre Yersin tarafından 1894'te salgının patojeni olan yersinia pestis'i [10]tanımlanmıştır. Epidemiyologların veba bakterilerinin varlığının bir salgına dönüştüğü koşulları incelemesi veba salgınını önlemede önemlidir. Raporlanma, özellikle yerel bazda yapılması önlemlerin nasıl olması gerektiğini dikkat çekmek amacıyla yapılmıştır. Bu gözlemler ve raporların içeriğinde nüfusun sosyal yapısı hakkında kapsamlı ayrıntılar, sıçanlarda ve insanlarda veba salgın modellerinin yakın karşılaştırması gibi tartışmalar yer almaktaydı. Raporlanan bilgilerin hızlı bir şekilde küresel olarak dağıtılması ve daha genel olarak bir veba salgınının altında yatan kalıpların ve özelliklerin bilinmesi önemli bir gelişme olarak kaydedilmiştir. Daha sonra bu, Simond tarafından da 1897'de sıçan pirelerinin hastalık için vektörler olduğunu gösteren bulgularla doğrulanmıştır. Hakim olan görüşe göre hastalığın temel sebebi; bulaşma zincirinde konakçı ve gemilerde hastalığın taşıyıcısı olan siyah farelerdir (Alex vd. 2021: 2). İnsan sağlığı için alınan önlemlerin arasında yer alan karantinanın yanı sıra kanalizasyon sistemlerinin iyileştirilmesi ve güvenli su temin sistemlerinin yaygın olarak geliştirilmesi şeklinde önemli önlemler vardır. Bu önlemlerin yanı sıra tıbbi olarak, mikrop teorisinin ve bakteriyoloji biliminin gelişmesi gibi önemli gelişmeler yaşanmıştır. Vebanın tekrarlanmasını önlemek amacıyla sağlık hizmeti sunumunda ve finansmanında birçok gelişme ve değişim gerçekleşmiştir (Bramanti vd. 2019:4-6; Frith 2012: 16).

3.1.5. Kolera Pandemileri 1-7 (1817-1923)

Kara veba gibi ölümcül salgın hastalıklardan biri de kolera salgınıdır. Dünyada etkili olmuş pandemiler arasında önemli bir yeri vardır. Kolera, "vibrio cholerae" bakterisinin neden olduğu bağırsak enfeksiyonuna bağlı akut ve şiddetli ishal olarak meydana gelen bir salgın hastalıktır (Aslan 2020: 37).

[10] *Yersinia pestis, Enterobacteriaceae ailesine mensup bir Gram negatif bakteri türüdür. Veba hastılığının üç türüne de (bubonik, pnömonik, septisemik) yol açar. Yersinia pestis tarih boyunca birçok pandemilere (1347-1353 arasındaki Kara Ölüm gibi) sebep olmuştur. Yersinia cinsine mensup bakteriler, Gram negatif çubuk şekilli kokobasillerden oluşmuştur ve diğer Enterobacteriaceae cinslerinde olduğu gibi, seçmeli anaerobik bir metabolizmaya sahiptir. Keme piresi tarafından taşınır. Organizma izole halde hareketliyken (motil), memeli konağa geçtiğinde hareketsiz (non-motil) hale geçmektedir (https://tr.wikipedia.org/wiki/Yersinia_pestis Erişim Tarihi: 14.08.2022).*

1817' den önce kolera sadece Hindistan'da görülen yerel bir hastalık şeklinde seyretmiştir. Ancak sömürgecilik ve ticaretin gelişmesiyle kolera salgını, bazı dönemlerde pandemi olarak görülmüştür. 1826-1837, 1840-1849, 156,1863-1865, 1879-1884, 1891-1896 ve 1914-1918 arasında yaşanan ve bir çok kişinin ölümüne neden olan yedi kolera pandemisi vardır. Hastalık günümüzde de görülmesine rağmen pandemi şeklinde gerçekleşmemektedir. 1961 yılında meydana gelen salgın, virüsü El Tor tipi olarak adlandırılan yeni bir virüs çeşidi şeklinde görülmüştür. Bu virüs, yeni bir biyovarın (virüsün çeşitliliği) sonucu ortaya çıkmış ve klasik Vibrio cholerae O1 kadar şiddetli bir enfeksiyona neden olmamıştır (Colmen 2003: 36-37; Tunç, Atıcı 2020: 341). Salgın ile ilgili araştırma yapan İngiliz Doktor John Snow, kontamine[11] suyun bu hastalığın bulaşıcılığını artırdığını tespit etmiştir (Parıldar, Dikici 2020:4).

Kolera hastalığının öncelikle yerel olarak başlaması ve daha sonrasında pandemi halinde görülemesine neden olan temel etken savaşlar ve göçlerdir. Kolera salgını Hindistan'dan başlayarak Avrupa ve diğer kıtalara yayılmıştır. Dünya çapında pandemilere sebep olmuştur. Bu yaşanan salgın hem ekonomik hem de sosyal yaşamda aksaklıklara neden olmuştur. Diğer salgınlarda olduğu gibi verimliliğin azalması yani işgücünde yaşanan azalma sonucunda öncelikle tarım ve diğer üretim alanlarında sıkıntılar yaşanmıştır. Ayrıca bu salgında ülkelerin hastalıklar konusunda daha temkinli olması gerekliliğini göstermiştir. Özellikle halk sağlığı ve çevre ile ilgili konularda önemli uygulamalar ortaya çıkmıştır. Kentlerin atık suyu ile ilgili problemlerinin çözüme kavuşması, alt yapı çalışmalarına önem verilmesi ve çevre ile ilgili reformların yapılması gerekliliği savunulmuştur. Bu salgın hastalık sebebiyle devlet hem çevre hem de sağlık alanında koruyucu ve önleyici politikaların uygulanması konusunda çalışmalar gerçekleştirmiştir (Colmen 2003: 38-39).

Kolera salgın hastalığı, günümüzde öngörülebilir ve önlenebilir bir hastalıktır. Ancak az gelişmiş ülkelerde kolera toplum sağlığını tehdit eden bir salgın hastalık olmaya devam etmektedir. Bu da küresel anlamda tehdit olarak öngörülmektedir. Az gelişmiş ülkelerde sosyal gelişim eksikliğinin ve yoksulluğun bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Çünkü hastalığın oluşumunu engellemek amacıyla, tüm nüfus için temiz su ve sanitasyon tesislerine erişimin yanı sıra iyi hijyen uygulamalarının sağlandığı bir ortamın devam etmesi yeterli olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre her yıl dünyada enfeksiyon nedeniyle 1,3 ila 4,0 milyon kolera vakası yaşanmaktadır. Söz konusu vakalarda ölüm sayısının 21.000 ila 143.000 arasında olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2020).

[11] *Enfeksiyon etkeninin vücut yüzeyi, eşyalar veya su, gıda gibi maddeler üzerinde bulunması.*

3.1.6. Grip Pandemileri

Veba salgını ve kolera salgını gibi grip salgınları da geçmişten günümüze kadar aralıklarla toplu ölümlere neden olan salgın hastalıklar arasında yer almaktadır. Genel de grip hastalığı, bulaşıcı özelliği yüksek ve solunum sistemini etkileyen bir hastalık türü olarak görülmektedir. Grip hastalığı herhangi bir belirti göstermeme durumunun yani sıra ciddi komplikasyonlara neden olacak belirtiler de gösterebilir. Bu hastalıkta ortaya çıkacak en ciddi durum akciğere ulaşmasıyla oluşan pnömoni/zatürredir (Kılıç 2020: 35).

Tıp biliminde "İnfluenza" olan grip hastalığının tür olarak üç kategoriye ayrılmaktadır (Tunç, Atıcı 2020: 341). Bunlar A, B ve C virüslerinin sebep olduğu hastalıklardır.

- A tipi virüs, bu tipi her yaştan insana bulaştığı gibi, hem hayvanları hem de insanları enfekte etmektedir. Epidemik ve pandemik olabilir.
- B tipi virüs, öncelikle çocukları etkileyen bu tip sadece insanlarda hastalığa sebep olur. Bu tip grip virüsü daha hafif salgınlara neden olmaktadır.
- C tipi virüs, insanlarda oluşan hastalıklara yol açar (Dündar 2020: 838).

Tablo 13'te geçmişten günümüze kadar yaşanan pandemiler yer almaktadır. Rusya, Çin, Meksika, Suudi Arabistan ve ABD ortaya çıkan grip salgınları yüksek ölümlere neden olmuştur.

Tablo 13: Grip Pandemileri

Salgın	**Salgın Tarih**	**Ortaya Çıktığı Yeri**	**Virüs Tipi**	**Toplam Küresel Ölüm**
Rus Gribi	1889-1890	Rusya	A tipi H3N8 veya H2N2	1 Milyondan Fazla kişi
İspanyol Gribi	1918-1920	ABD (New Mexico)	A tipi-H1N1	40-50 Milyon Kişi
Asya Gribi	1957-58	Çin (Guizhou)	A tipi-H2N2	2 Milyon Kişi
Hong Kong Gribi	1968-69	Çin, Hong Kong	A tipi-H3N2	1 milyon Kişi
Kuş Gribi	1997	Çin, Hong Kong	A tipi-H5N1	455 ölüm

SARS	2002-2003	Hong Kong	Şiddetli Akut Solunum Sendromu	1524 Kişi
Domuz Gribi	2009-2010	Meksika	A tipi- H1N1	150-500 Bin Kişi
MERS	2012-Günümüz	Suudi Arabistan	Orta Doğu Solunum Sendromu	851 Kişi
Koronavirüs-COVID-19	2019-Günümüz	Çin(Wuhan)	SARS-COV 2	6.985.964 kişi

Kaynak: Eroğlu 2020:215; Huremović 2019: 314; LePan 2020: 5.

3.2. COVID-19 Pandemisinin Gelişimi ve Sağlık Üzerindeki Etkisi

Tarih boyunca toplumlar küresel salgınlara maruz kalmıştır. Dünyayı etkileyen salgınlar sonucunda kitlesel ölümler yaşanmış ve toplumlar sağlık, sosyal ve ekonomik açıdan zorluklar yaşamıştır. Sağlık sistemlerinin oluşturulması, hizmet sunumunun düzenli ve verimli olması için gerekli finansmanın sağlanması salgınlar ile ciddi anlamda ele alınmıştır. Temel amaç her bireyin sağlıklı bir yaşam sürmesine olanak sağlamak olmuştur. Günümüze kadar birçok ilerme kaydedilmesine rağmen COVID-19 virüsü ile ülkeler yeniden sağlık alanındaki gelişmeleri gözden geçirmeye başlamışlardır (Ball vd. 2020:1). Ülkelerin pandemiye karşı hazırlıksız olduğunun kanıtı sağlık kurumlarında yaşanan aksaklardır. Özellikle kronik hastaların varlığının yanı sıra pandemi hastalarındaki artışın olması sağlık kurumlarında talep artışına neden olmuştur. Ülkelerin sağlık sistemleri sağlık personeli, finansman ve ekipman konusunda yetersizlik yaşamıştır. Sağlık sistemlerinde kaynak yetersizliği sağlık harcamalarının sürdürülebilir bir şekilde planlanmadığını göstermiştir (Kaye vd., 2021: 295).

COVID-19 virisüne bağlı ortaya çıkan salgın hastalık ilk kez Çin'in Hubei eyaletinin başkenti Wuhan şehrinde görülmüştür. 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; 114 ülkede 118.000'den fazla vaka görülmüş ve 4921 ölüm gerçekleşmiştir. Küresel olarak halk sağlığını tehdit oluşturması üzerine acil durum ilan etmesiyle 1918 İnfluenza (İspanyol Gribi) salgınından bu yana yaşanan en önemli küresel sağlık krizi olarak raporlanmıştır. Pnömoni ve akciğer yetmezliği gibi ciddi solunum yolu hastalıklarına neden olan koronavirüs hastalığı sağlık, sosyal ve ekonomik açıdan birçok olumsuzluklara neden olmuştur (Ahn vd 2020: 313).

Dünya çapında, WHO tarafından bildirilen (6 Aralık 2023 itibarıyla, 6.985.964 ölüm dahil) 772.138.818 doğrulanmış COVID-19 vakası bulunmaktadır. 25 Kasım 2023 tarihi itibarıyla toplam 13.595.721.080 doz aşı uygulanmıştır (WHO 2023a).

COVID-19 virüsünün insandan insana bulaşması salgının tüm dünyaya yayılımını hızlandıran bir faktör olmuştur. Enfekte olan bireyin ağızından ve burnundan küçük sıvı parçacıkları vasıtasıyla yayılma gösteren hastalık özellikle yakın mesafe veya kapalı ortamda öksürme, hapşırma, konuşma veya nefes alma gibi durumlar ile beraber bulaşma hızını artırmaktadır. Bunun yanı sıra virüslü olan hastanın yüzeylere dokunmasıyla hastalık sağlam kişiye el, göz ve ağız yoluyla bulaşması söz konusudur (Cascella vd 2022: 5). Bu kadar hızlı yayılımı olan COVID-19 salgınını yönetmek ve izlemek için sağlık hizmetleri araştırmaları, halk sağlığı, epidemiyoloji, sosyoloji, davranış bilimleri ve siyaset bilimleri, yönetim ve ekonomi dahil olmak üzere farklı araştırma alanlarına ihtiyaç vardır (Kringos vd. 2020: 2).

COVID-19 krizi, hem insan sağlık üzerinde hem de ülke sağlık sistemleri üzerinde ciddi olumsuz etkilere neden olmuştur. Salgında hayatta kalan milyonlarca insan, salgın öncesi normal hayatlarına dönmelerini engelleyen uzun süreli semptomlara maruz kalmışlardır. Özellikle COVID-19 salgının önlenmesi amacıyla gerçekleşen bazı bekleme süreleri (bulaşıcı olmayan hastalıklar, kanserler ve diğer rahatsızlıkların yönetimi için süregelen uzun bekleme süreleri) diğer ölüm oranlarını da artırıcı yönde etkilemektedir (Rathnayake, vd. 2021:250).

Salgın yayılımını önlemek amacıyla alınan tedbirlerden ötürü birçok insanı mental (ruhsal ve zihinsel) anlamda sıkıntılı bir süreç yaşamalarına neden olmuştur. Bu sayısı azımsanmayacak kadar önemlidir. Genel olarak zayıf ruh sağlığı ile ilişkilendirilen risk faktörlerini (finansal güvensizlik, işsizlik, korku) artırmaktadır. Bunun yanında sosyal bağlantı, istihdam ve eğitime katılım, fiziksel egzersize erişim, günlük rutin, sağlık hizmetlerine erişim gibi bireyler açısından önemli olan unsurlarda düşüşe neden olmuştur (OECD 2021b:1-2).

COVID-19 salgının sağlık üzerindeki bir diğer olumsuz etkisi de salgın öncesi sağlık hizmeti alması gereken bireylerin bu ihtiyaçlarının sekteye uğramasıdır. Sağlığın sürdürülebilirliği için uygulamaya konulan bazı politikaların ertelenmesi ve yapılamaması yaşanan diğer bir olumsuzluktur. Bunlar kanser tarama çalışmalarının ertelenmesi, acil olmayan ameliyatların ertelenmesi ve acil servis kullanımı azalması şeklindedir. Aslında COVID-19 salgını; sağlık sistemlerindeki yer alan güvenlik açıklarını, sağlık, ekonomik, hükümetlere güven ve sosyal uyum üzerinde nasıl derin etkileri olabileceğini göstermiştir (OECD 2021b:37-38).

Ülkeler, COVID-19 pandemisinin yayılmasını durdurmak amacıyla sıkı önlemler almıştır. Önlemlerin çoğu farmasötik olmayan müdahalelerdir. Yayılımın hızını yavaşlatmak amacıyla uygulanan tedbirlerden en genel olanı karantinadır. Hastalığın teşhis edilmesi için uygulanan testler, temas takibi, enfekte insanlar için izolasyon, hareketliliği azaltmayı ve sosyal mesafeyi oluşturmayı amaçlayan önlemlerdir. Maske takma ve el hijyeni gibi birçok önlem vardır (Deb, vd. 2022:2). Bunların yanı sıra okulların ve işyerlerinin kapatılması, halka açık toplantıların yasaklanması, seyahat yasakları,

spor etkinliklerinin iptal edilmesi ve bir araya gelme yasakları alınan tedbirler arasındadır (Fernandes 2020: 11).

COVID-19 salgını, küresel bir sağlık krizinin nedenidir. Aynı zamanda ekonomik faaliyetlerde de eşi görülmemiş keskin bir düşüşe neden olmuştur. Sadece birkaç ay içinde, COVID-19 salgını bir sağlık krizinden küresel bir ekonomik krize dönüşmüştür. GSYİH'da, 2008 yılında yaşanan küresel mali krizden sonra büyük bir daralmaya neden olmuştur.

OECD üyesi 38 ülkenin yer aldığı Tablo 14'te; COVID-19 ölümlerini de içeren aşırı ölüm oranları, yaşam beklentisi, refah ve ekonomik durumu ifade eden göstergeler yardımıyla, 2020-21 yıllarına ait karşılaştırma yapılmaktadır. Kore, Yeni Zelanda ve Norveç'te ölüm oranı, refah ve ekonomik göstergeler açısından nispeten iyi sonuçlar elde edildiği görülmektedir. COVİD-19 ölüm oranlarının daha yüksek olduğu ülkelerde ayrıca aşırı ölümlerde de daha büyük artışlar yer almaktadır. Aynı zamanda yaşam beklentisinde daha belirgin azalmalar, üzüntü yaşayan nüfusun daha büyük bir kısmı ve GSYİH'da daha büyük daralmalar yaşandığı görülmektedir. Meksika'da, COVID-19 ölüm oranlarının OECD ortalamasının yalnızca biraz üzerinde olduğu ancak aşırı ölümlerde ise en yüksek artışı olduğu görülmektedir (James 2022).

Tablo 14: COVID-19 Sonuçlarına İlişkin Ülke Kontrol Paneli, 2020 ve 2021[12]

Ülkeler	Ölüm								Refah		Ekonomi	
	COVID-19 ölümleri 2020-21 (milyon başına)		Aşırı ölümler 2020-21(% değişim)		Yaşam beklentisi (yıllara göre değişim)				Üzüntü Yaşamak, 2020 (%)		Sabit fiyatlarla 2021 GSYH (2019 = 100)	
					2020-19		2021-19					
OECD	**1.634**		**13.6%**		**-0.5**		**-0.8**		**22.2%**		**101.6**	
Avustralya	87	▲	3.7%	▲	0.3	▲			22.0%	—	102.5	—
Avusturya	1.885	—	10.3%	—	-0.7	—	-0.7	—	24.2%	—	97.5	▼
Belçika	2.440	—	8.9%	—	-1.3	▼	-0.2	—	N/A		100.2	—
Kanada	795	—	11.4%	—	-0.6	—	-		26.2%	—	99.1	—
Şili	2.007	—	23.3%	▼	0.2	▲	0.4	▲	-		104.9	—
Kolombiya	2.522	—	47.6%	▼	0.1	▲	0.2	▲	34.8%	▼	102.9	—
Kosta Rika	1.427	—	-		0.1	▲	0.3	▲	31.5%	▼	103.4	—
Çekya	3.437	▼	20.9%	▼	-1.0	—	-1.9	▼	21.7%	—	97.3	▼
Danimarka	558	▲	4.3%	▲	0.1	▲	-0.1	—	17.4%	—	102.5	—
Estonya	1.454	—	11.7%	—	-0.1	—	-2.1	▼	16.2%	▲	105.4	▲
Finlandiya	310	▲	5.3%	▲	-0.1	—	-0.1	—	13.4%	▲	101.1	—
Fransa	1.836	—	10.0%	—	-0.7	—	-0.5	—	23.9%	—	98.3	—

[12] James vd.(2022) çalışmalarında, "*COVID-19 Sonuçlarına İlişkin Ülke Kontrol Paneli, (2020 ve 2021)" tablosu (Tablo 3.3 gösterilmektedir.) ile OECD Sağlık Bir Bakış serisinde kullanılan ülke gösterge tablosu yaklaşımını kullanarak, OECD ülkelerini 2020-21 dönemi için seçilen ölüm oranı, refah ve ekonomik kalkınma göstergelerine göre karşılaştırmaktadır. Bu COVID-19 sonuç göstergelerinin çoğu arasındaki korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlıdır ve beklenen yöndedir (P değeri<0,05). Korelasyon nedensellik olmasa da, COVID-19 sonuçlarının bağımsız olmayabileceğini öne sürüyorlar."*

Almanya	1.342	—	7.6%	—	-0.2	—	-0.4	—	23.1%	—	97.8	▼
Yunanistan	1.990	—	12.6%	—	-0.3	—	-1.4	—	27.1%	—	98.6	—
Macaristan	4.036	▼	13.7%	—	-0.8	—	-2.0	▼	16.8%	—	102.1	—
İzlanda	100	▲	3.3%	▲	-0.1	—	0.0	—	13.2%	▲	97.0	▼
İrlanda	1.186	—	-		-0.2	—	-		22.6%	—	120.0	▲
İsrail	887	—	11.4%	—	-0.2	—	-0.3	—	-		105.7	▲
İtalya	2.319	—	12.4%	—	-1.3	▼	-0.7	—	29.4%	▼	96.9	▼
Japonya	148	▲	6.1%	▲	0.3	▲	-		11.2%	▲	97.0	▼
Kore	109	▲	8.4%	—	0.2	▲	-		14.8%	▲	103.1	—
Letonya	2.439	—	11.3%	—	-0.2	—	-2.3	▼	15.9%	▲	100.7	—
Litvanya	2.654	▼	13.5%	—	-1.4	▼	-2.0	▼	19.2%	—	104.9	—
Lüksemburg	1.431	—	8.9%	—	-0.5	—	0.1	—	-		105.0	—
Meksika	2.363	—	55.9%	▼	0.1	▲	-		30.5%	▼	96.2	▼
Hollanda	1.200	—	12.7%	—	-0.8	—	-0.7	—	17.0%	—	101.0	—
Yeni Zelanda	9	▲	3.1%	▲	0.2	▲	-		18.5%	—	104.1	—
Norveç	242	▲	1.2%	▲	0.3	▲	0.2	▲	16.5%	—	103.1	—
Polonya	2.534	—	24.1%	▼	-1.5	▼	-2.4	▼	22.8%	—	103.7	—
Portekiz	1.842	—	11.7%		-0.8	—	-0.7	—	25.6%	—	96.0	▼
Slovakya	3.054	▼	23.2%	▼	-0.8	—	-3.0	▼	21.5%	—	98.5	—
Slovenya	2.637	—	16.6%	—	-1.0	—	-0.7	—	17.7%	—	103.5	—

İspanya	1.883	▬	12.2%	▬	-1.6	▼	-0.7	▬	27.1%	▬	93.8	▼
İsveç	1.463	▬	3.6%	▲	-0.8	▬	0.0	▬	18.3%	▬	102.5	▬
İsviçre	1.406	▬	9.7%	▬	-0.9	▬	0.0	▬	16.1%	▲	101.1	▬
Türkiye	972	▬	-		-		-		49.5%	▼	113.0	▲
Birleşik Krallık	2.636	▬	11.7%	▬	-1.0	▬			25.4%	▬	97.5	▼
ABD	2.450	▬	22.7%	▼	-1.8	▼	-		24.8%	▬	102.1	▬

Not: ▲ OECD ortalamasından daha iyi; ▬ OECD ortalamasına yakın; ▼OECD ortalamasından daha kötü. OECD ortalamasına yakın, daha iyi veya daha kötü olan ülkelerin sınıflandırılması, bir göstergenin standart sapmasına (ortak bir istatistiksel dağılım ölçüsü) dayanmaktadır. Bir göstergenin değeri OECD ortalamasından bir standart sapma dahilinde olduğunda, ülkeler OECD ortalamasına yakın (mavi) olarak sınıflandırılır. İstatistiksel çarpıtmalardan kaçınmak için özellikle büyük uç değerler (üçten fazla standart sapma) standart sapma hesaplamalarının dışında tutulur.

Kaynak: James,vd. (2022) https://www.oecd-ilibrary.org/sites/1e53cf80-en/1/3/3/index.html?itemId=/content/publication/1e53cf80-en&_csp_=da51eb48eaaeedf7fcdf3f0f2a953149&itemIGO=oecd&itemContentType=book#wrapper Erişim Tarihi:07.06.2023

Salgın hastalıkların, sağlık hizmetlerine en büyük etkisi salgın haricinde diğer sağlık hizmetleriyle ilgili mal ve hizmet sunulamamasıdır (Moynihan, vd.2021:1). Delardes, vd. (2022: 5) çalışmalarında sağlıkla ilgili diğer faaliyetlerde azalma olduğu görülmüştür. Hasta ziyaretleri %42 düşerken, yatışlar %28, teşhis ve tedaviler sırasıyla %28, %31 ve %30 oranında azalma yaşanmıştır. Tüm sağlık hizmeti kategorilerinde ortalama %37'lik bir azalma olduğu görülmüştür.

Bazı ülkelerde sevk işlemlerinin azalması, randevuların ve ameliyatların ertelenmesi gibi durumlar yaşanmıştır. Birleşik Krallık'ta çocukların ve gençlerin sevk ve randevuları 2020 Nisan'dan 2021 kışına kadar kademeli olarak artırıldı. Diğer ülkelerde de benzer eğilimler kaydedildi ve AB vatandaşlarının beşte birinden fazlasının pandemi kısıtlamaları sırasında bir tıbbi muayeneyi veya tedaviyi kaçırdığı ifade edilmektedir. Fransa'da 2020'de belirli kanser ameliyatları veya iskemik kalp hastalığı tedavileri sırasıyla %6,2 ve %7,8 azalırken, Hollanda'da sağlık sistemi pandeminin başlamasından bu yana bir yıl içinde %23 daha az ameliyat gerçekleştirilmiştir(van Ginneken vd,2022;s:35-36).

Teşhis ve tedavi gibi sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlık konusu ilaç sektörünü de akla getirmektedir. COVID-19 salgınına yakalanmayan bireyler de reçetesiz ilaçları temin ederek hastalıktan korunma yoluna gitmiştir. Ayrıca kronik hastalar için gerekli olan ilaçların, hastaların tarafından stoklanarak kendilerini güvende hissetmeleri salgının bir başka boyutunu göstermektedir. Salgın döneminde ilaç taleplerinin arttı gözlemlenmiştir. Kronik bozuklukları tedavi eden ilaçlar da %8,9 artış yaşanmıştır. Bunların yanı sıra Çin ve Hindistan gibi tedarikçilerden ülkelerden sağlanan temel bileşenlerin üretimini sınırlayan kısıtlamalar nedeniyle kıtlık yaşanmıştır(Ayati vd.,2020;s:80).

Salgın hastalıkların, sağlık hizmetlerine en büyük etkisi salgın haricinde diğer sağlık hizmetleriyle ilgili mal ve hizmet sunulamamasıdır (Moynihan vd.,2021;s:1). Ziyaretler %42 düşerken, yatışlar %28, teşhis ve tedaviler sırasıyla %28, %31 ve %30 düştü ve tüm sağlık hizmeti kategorilerinde ortalama %37'lik bir azalmaya yaklaştı. Birçok ülkede, pandeminin ilk dalgasında aşırı yüklenen sağlık sistemleri nedeniyle sağlık hizmetlerinin ertelendiğini veya iptal edildiğini ve 2020'nin ilk yarısında aşılama, laboratuvar testleri veya kanser taraması gibi zorunlu olmayan bakımların ertelenmesi gibi durumların olduğu görülmüştür. Delardes vd. (2022;s:5) yapmış oldukları çalışmada salgın döneminde sağlık hizmetlerinde, ziyaretler %42 düşerken, yatışlar %28, teşhis ve tedaviler sırasıyla %28, %31 ve %30 düştü ve tüm sağlık hizmeti kategorilerinde ortalama %37'lik bir azalma olduğunu ifade etmişlerdir.

Bazı ülkelerde sevk işlemlerinin azalması, randevuların ve ameliyatların ertelenmesi gibi durumlar yaşanmıştır. Birleşik Krallık'ta çocukların ve gençlerin sevk ve randevuları 2020 Nisan'dan 2021 kışına kadar kademeli olarak artırıldı. Diğer ülkelerde de benzer eğilimler kaydedildi ve AB vatandaşlarının beşte birinden fazlasının pandemi kısıtlamaları sırasında bir tıbbi muayeneyi veya tedaviyi kaçırdığı ifade edilmektedir. Fransa'da 2020'de belirli kanser ameliyatları veya iskemik kalp hastalığı tedavileri sırasıyla %6,2 ve %7,8 azalırken, Hollanda'da sağlık sistemi pandeminin başlamasından bu yana bir yıl içinde %23 daha az ameliyat gerçekleştirilmiştir(van Ginneken vd,2022;s:35-36).

Teşhis ve tedavi gibi sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlık konusu ilaç sektörünü de akla getirmektedir. COVID-19 salgınına yakalanmayan bireyler de reçetesiz ilaçları temin ederek hastalıktan korunma yoluna gitmiştir. Ayrıca kronik hastalar için gerekli olan ilaçların, hastaların tarafından stoklanarak kendilerini güvende hissetmeleri salgının bir başka boyutunu göstermektedir. Salgın döneminde ilaç taleplerinin arttığı gözlemlenmiştir. Kronik bozuklukları tedavi eden ilaçlar da %8,9 artış yaşanmıştır. Bunların yanı sıra Çin ve Hindistan gibi tedarikçilerden ülkelerden sağlanan temel bileşenlerin üretimini sınırlayan kısıtlamalar nedeniyle kıtlık yaşanmıştır (Ayati vd.,2020; s:801).

3.3. COVID-19 Pandemesinde Demografik Özellikler

Ülkelerin demografik yapılarında, sosyal açıdan dezavantajlı gruplar, yaşlı insanlar ve çocuklar pandemiden etkilenen gruplar arasında yer almaktadır. COVID-19 kaynaklı ölümlerin büyük çoğunluğu yaşlı nüfusta meydana gelmiştir. Bu da COVID-19'a karşı bağışıklıklarının güçsüzlüğü ve hastalığa yakalanma ihtimallerinin yüksekliği sebebiyle önem verilmesi gereken nüfus grubu olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle pandeminin ilk aşamalarında, huzurevi ya da bakım evleri gibi yerlerde -uzun süreli bakım amacıyla- daha dikkatli olunması gerektiği ortaya çıkmıştır (Dessie, Zewotir 2021:3).

80 yaş ve üzerinde olan bireylerin salgından dolayı vefat etme olasılığı diğer nüfus gruplarına göre daha yüksektir. 80/85 yaş ve üzeri kişiler arasında ortalama COVID-19 ölüm oranı (milyon kişi başına) yaklaşık 15.500 iken, 60/65 yaş ve üzeri kişiler arasındaki ortalama COVID-19 ölüm oranı (milyon kişi başına) yaklaşık 4.600'dür. Slovenya ve ABD, 60/65 yaş ve üstü kişiler arasında en yüksek ölüm oranlarına sahip olan ülkelerdir (OECD 2021a: 80-82).

Tüm ülkelerde cinsiyete göre ölüm oranları, (cinsiyet farkı küçük olsa da) verilerine göre yaşlı erkeklerin ölüm oranları, yaşlı kadınlardan daha yüksektir. Örneğin, İtalya'da 60 yaş ve üstü insanlarda (milyonda) COVID-19'a bağlı ölümler yaşlı erkekler için 8.000 iken yaşlı kadınlar için 5.100'dür (28 Nisan 2021 itibariyle). Fransa'da ise yaşlı erkekler için 5.400 iken, yaşlı kadınlar için 3.100'dür (6 Mayıs 2021 itibarıyla). Almanya'da ölüm oranı yaşlı erkekler için 3900 ve yaşlı kadınlar için 3000'dir (4 Mayıs 2021 itibariyle). Japonya'da yaşlı erkekler için 150 iken yaşlı kadınlar için yalnızca 80'dir (8 Şubat 2021 itibariyle). İngiltere ve Galler'de erkeklerin 10.700, kadınlarınki 8.000 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde erkeklerin 9.700, kadınlarınki ise 7.200'dür (5 Mayıs 2021 itibariyle). Bu ülkelerde COVID-19'a bağlı ölüm oranları erkeklerin payı Almanya'da %51, Japonya'da %59'a kadar değişmektedir (Rocard, vd. 2021:11-13).

Zhou vd (2020) COVID-19 virisü ile ilgili kayıtlardan geriye dönük izlenimler ile 191 kişi üzerinden gerçekleştirdikleri araştırma sonucunda erkek hastaların kadın hastalara kıyasla ciddi hastalık geliştirme ve hastalığa bağlı ölüm riskinin fazla olduğu görülmüştür. Finelli vd (2021) Birleşik Krallık'ta 42.604 hastanın incelendiği çalışmalarında cinsiyete özgü hastalığa bağlı ölüm oranlarında erkeklerin (%12.5) kadınlara kıyasla (%9.6) daha çok olduğu görülmüştür.

3.4. COVID-19 Pandemisinde Aşılama

Salgın hastalıklarla başa çıkma yolu sadece belli düzeylerde koruma önlemi almak değildir. Aynı zamanda salgını sona erdirecek ya da belli bir dönem yavaşlamasına yardımcı olacak tıbbi anlamda önlemlerin de yer alması gerekmektedir. Bunların başında en etkili olan aşılamadır. Aşının başarılı bir şekilde geliştirilmesi, değerlendirilmesi ve üretilmesiyle ilgili tüm politikalar hükümetler tarafından desteklenmiştir. Pandemiye karşı temel bir çözüm olan aşı çalışmalarında ele alınan en önemli unsur aşının güvenirliliğinin sağlanmasıdır. Ayrıca hastalığa karşı güçlü bağışlılık sağalacak aşıların üretimi, aşının etkinliği açısından da önemlidir (Mathieu vd.2021: 947).

COVID-19 ile mücadelede dünya genelinde aşı geliştirme çabaları, hastalığın önlenmesi açısından umut verici olmuştur. Geliştirilen aşıların bazıları yerel, bölgesel bazıları ise küresel düzeydeki makamlarca onaylanmıştır. Uygulanacak aşıların güvenirliliği ve etkinliği DSÖ tarafından yapılan kontroller neticesinde tüm ülkelerin uygulanmasına izin verilmiştir. Aşı çalışmaları sonucunda Pfizer-BioNTech tarafından geliştirilen ve ilk kullanım onayı alan Comirnaty aşısının, omicron alt varyantlarına yönelik geliştirilen aşılarında listede yer almıştır. İlk kullanım onayını alan ve Pfizer–BioNTech tarafından geliştirilen Comirnaty aşısının, Omicron alt varyantlarına karşı geliştirilen aşıları da listeye alınmıştır. Çoğu ülkenin onayladığı aşılar sırasıyla Comirnaty, Vaxzevria, Jcovden, Covilo ve Spikevax olarak listede yer almaktadır. Mevcut durumda Rusya'da geliştirilen ve 74 ülkede onaylanan Sputnik V aşısı, Fransa'da geliştirilen ve 33 ülkede onaylanan Valneva aşısı ile 30 ülkede onaylanan VidPrevtyn aşısı ile salgının önlenmesinde önemli bir katkı sağlamnıştır (WHO 2023b). Türkiye'de aşı geliştiren ülkelerden biri olmuştur, ancak acil durum kullanım listesinde veya değerlendirme listesinde yer almamıştır. İlk yerli inaktif COVID-19 aşısı olan TURKOVAC, 22.12.2021 tarihinde Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından acil kullanım onayı almıştır (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu 2021).

Küresel aşı pazar payı özellikle COVID-19 aşılarının ortaya çıkması ile birlikte önemli ölçüde etkilenmiştir. Küresel aşı pazarının 2021 yılında 94 üretici arasında 141 milyar dolar değerinde 16 milyar aşı dozu tedarik ettiğini belirtmiştir. Aşıların değeri açısından sırasıyla ilk dört şirket (COVID-19 aşıları hariç bırakıldığında) MSD (%22), GSK(%20), Sanofi (%17) ve Pfizer (%14) piyasanın %73'üne sahip olduğu görülmektedir. Ancak COVID-19 aşıları ile birlikte ilk dört şirketin sırasıyla Pfizer (%30), Moderna (%12), Sinovac (%12) ve CNBG (%7) olduğu ve piyasanın %61'ine sahip olduğu görülmektedir (WHO 2022d; WHO 2022c).

Tablo 15'de OECD üye ülkelerin ilk aşılama tarihleri, toplam aşılanan kişi sayısı ve tam aşılananlar incelenmektedir.

Tablo 15: COVID-19 Pandemisi OECD Ülkelerine Ait Aşılama Durumu

Ülkeler	Toplam Aşı Sayısı	Bir Doz Aşı Yapılan Kişiler	İlk Aşı Tarihi
Avustralya	65.492.360	21.648.824	21.02.2021
Avusturya	20.391.629	6.681.440	30.12.2020
Belçika	29.115.074	9.157.915	30.12.2020
Kanada	97.224.600	31.308.633	14.12.2020
Şili	65.248.327	17.705.911	21.12.2020
Kolombiya	90.506.612	37.019.801	17.02.2021
Kosta Rika	13.066.850	4.343.794	24.12.2020
Danimarka	15.102.608	4.779.951	16.12.2020
Estonya	2.196.128	835.659	23.12.2020
Finlandiya	13.249.324	4.364.082	23.12.2020
Fransa	157.891.260	53.167.024	23.12.2020
Almanya	193.166.879	63.559.687	23.12.2020
Yunanistan	21.979.563	774.3621	23.12.2020
Macaristan	16.568.528	6.151.604	23.12.2020
İzlanda	868.802	297.901	30.12.2020
İrlanda	12.358.591	4.061.146	30.12.2020
İsrail	15.026.951	6.385.731	16.12.2020

İtalya	150.260.818	49.481.657	23.12.2020
Japonya	383.172.235	103.356.948	17.02.2021
Letonya	2.977.413	1.304.570	30.12.2020
Litvanya	4.531.267	1.906.759	23.12.2020
Lüksemburg	1.337.471	462.661	30.12.2020
Meksika	222.580.922	81.534.127	24.12.2020
Hollanda	36.105.753	11.957.152	06.01.2021
Yeni Zelanda	12.252.378	4.084.115	19.02.2021
Norveç	12.318.248	4.061.728	23.12.2020
Polonya	58.085.517	22.677.436	23.12.2020
Portekiz	27.741.176	8.896.988	23.12.2020
Kore Cumhuriyeti	135.716.807	42.964.865	26.02.2021
Slovakya	7.219.911	2.790.964	23.12.2020
Slovenya	3.016.318	1.195.478	23.12.2020
İspanya	112.662.655	37.478.736	30.12.2020
İsveç	23.206.123	7.331.795	23.12.2020
İsviçre	16.748.885	5.722.264	23.12.2020
Türkiye	139.694.693	50.670.345	13.01.2021
ABD	666.541.020	227.731.485	14.12.2020

Kaynak: WHO 2023b; WHO 2023, https://data.who.int/dashboards/covid19/vaccines?n=c Erişim Tarihi: 05.10.2023

Kanada, Amerika Birleşik Devletleri ve İsrail ülkeleri aşılamaya başlayan ilk ülkeler arasında yer almaktadır. Toplam aşı sayısının ülke nüfuslarından fazla olması kişilerin bağışıklığını güçlendirme adına birden fazla aşılanmalarından kaynaklanmaktadır. En az 1 doz aşı sayısının nüfus altında kalması ise, aşı karşıtı bireyler ile bebek ve çocukların aşılanmamasından dolayıdır. Toplumsal bağışıklığın sağlanmasında kullanılan (yani sosyal fayda oluşumu için) aşı uygulamaları geçmiş dönemdeki salgın hastalıklar için de yaygın bir şekilde kullanılmıştır.

3.5. COVID-19 Kapsamında Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinin Aldığı Önlemler

COVID-19 salgını yakın tarihte eşi benzeri olmayan hem sağlık krizi hem de ekonomik faaliyetlerde ciddi bir düşüşe neden olan bir virüsün oluşturduğu kriz olarak dünya gündemine gelmiştir. Ülkeler büyük salgın riskinin sadece geçmişte kalmadığını günümüzde de hem sağlık sistemlerini hem de ekonomik alanda ciddi krizlere sebep olabileceğini görmüştür. COVID-19 da olduğu gibi tüm dünyaya hızlı yayılan bir patojen, on milyonlarca insanı öldürme, ekonomileri alt üst etme ve ulusal güvenliği istikrarsızlaştırma potansiyeline sahip olacaktır (O'Reilly vd 2020: 736).

Bu krizin insanlar ve ekonomiler üzerindeki olumsuz etkiler oluşturması krizin çok boyutlu bir kriz olduğunun göstergesidir. Hükümetler virüsün yayılımı ile ortaya çıkan mali ve sosyal olumsuzluklar için kararlı adımlar attığını almış oldukları tedbirlerle göstermişlerdir (OECD 2020 :1).

Sağlık alanında karşılaşılan bu afetin yoğunluğu ve sıklığı nedeniyle çözümünün disiplinler arası çalışmalarla daha verimlilik olacağını gözler önüne sermiştir. Çünkü, küresel ekonominin toparlanması ve gelecekteki şoklara karşı dayanaklığını güçlendirmek, mali ve sosyal açıdan sürdürülebilirliğin devam etmesini sağlamak disiplinler arası işbirliği ile gerçekleşecektir. Dünya ekonomisinde üretim kaybı, işletme ve hane gelirlerinde düşüş, işsizlik, tedarik zincirini ve yatırım akışlarının bozulması gibi birçok problemin çözümü için politikalara ve planlara ihtiyaç duyulmuştur (Goniewicz vd 2020:8).

Belirsizliklerin ve politika tepkilerinin farklı olduğu sağlık ve ekonomik krizin aşamalar halinde nasıl gerçekleşebileceğini Şekil 12'de gösterilmeye çalışılmıştır. Ülkeler için bu aşamalar geçerli olması ya da farklı bir şekilde gerçekleşmesi sosyal, ekonomik ve demografik yapıya göre değişecektir. Aşamalara kısaca baktığımızda, 1. aşama ülkelerin ilk hedef olarak salgını sınırlamak ve kontrol altına almak için tedbirler uygulandığını ifade etmektedir. Aynı zamanda ülkeler vergi ve daha geniş maliye politikaları, likidite ve gelir desteğine odaklanma eğiliminde olmuştur. 2. aşama ise derinleşerek devam eden bir sağlık krizinin kontrol altına almak amacıyla daha sıkı uygulanan tedbirler ile devam ettiğini ifade etmektedir.

Alınan tedbirlerin kademeli olarak kaldırıldığı durumda yani 3. aşama ile aslında ülkeler sınırlama ve kontrol altına alma önlemlerini gevşetmeye başladıkça, işletmeleri ve hane halkını ayakta tutmaya ve zorlukları sınırlamaya odaklanma, mali teşvik politikaları yoluyla ekonomik iyileşme vurgusuna doğru kaymaya başlamış olacaklardır. Her ülke iyileşme sürecini farklılıklardan dolayı aynı zaman diliminde yaşamayacaktır. Bunun için iyileşme süreçlerinin kademeli olarak çoğu ülkenin uyum sağlayabildiği bir zaman diliminde olmasına dikkat edilmiştir. Ayrıca, ikinci bir pandemi dalgasına yanıt vermek için sınırlama önlemlerinin yeniden uygulanma olasılığı da gelecek olan pandemi dalgasının şiddetine göre değişecektir. Tabii ki bu ekonomik sıkıntıyı kontrol altına almanın yanı sıra toparlanmayı teşvik etme ihtiyacı göz önüne alındığında, politika yapıcılara karmaşık maliye politikası zorlukları sunacaktır. Aşama 1 ve 2'de uygulamaya konulan likidite destek önlemleriyle bağlantılı geri ödemelerin veya ertelenen ödemelerin zamanlaması da kritik olacak ve firmaların toparlanma kabiliyetinden ödün vermemesi gerekli ve önemli bir adım olacaktır.4. aşama kısaca kamu maliyesinin eski haline getirilmesine yönelik bir geçiş beklentisi oluşturacaktır (OECD 2020: 2).

Şekil 12: Pandemi Sırasında ve Sonrasında Şematik Politika Aşamaları



Kaynak: OECD (2020)

Ülkelerin salgının oluşturduğu ekonomik şokları atlatmak ve mevcut ekonomik istikrarın korunması üzere almış oldukları mali, vergisel ve sağlık yönünden teşvik ve tedbirleri seçili bazı OECD ülkeleri üzerinden incelenecektir (IMF 2021)

3.5.1. Almanya

COVID-19 krizi ile mücadele etmek aynı zamanda toparlanmayı desteklemek amacıyla federal hükümet üç ek bütçe kabul etmiştir; Mart 2020'de 156 milyar € (GSYİH'nın yüzde 4,7'si), Haziran 2020'de 130 milyar € (GSYİH'nın yüzde 3,9'u) ve Mart 2021'de 60 milyar € (GSYİH'nın yüzde 1,7'si). Bazı Önlemler Şunlardır:

(i) Sağlık ekipmanı, hastane kapasitesi ve Ar-Ge (aşı) çalışmaları için harcamalar
(ii) İşverenlerin ve işçilerin gelirlerini korumak amacıyla kısa süreli çalışma ("Kurzarbeit") sübvansiyonuna erişimin genişletilmesi, düşük gelirli ebeveynler için genişletilmiş çocuk bakımı yardımları ve serbest meslek sahipleri için temel gelir desteğine kolay erişim
(iii) COVID-19 salgınından çok etkilenen küçük işletme sahiplerine ve serbest meslek sahiplerine 50 milyar Avro hibe, yılsonuna kadar faizsiz vergi ertelemeleri ve yeni kurulan şirketler için 2 milyar Avro risk sermayesi fonu
(iv) İşsizlik sigortası ve ebeveyn izni yardımlarının süresinin geçici olarak uzatılması

Ayrıca Haziran ayında açıklanan teşvik paketi ile geçici bir KDV indirimi, aileler için gelir desteği, zarar gören KOBİ'ler için hibeler, yerel yönetimler için mali destek, ihracatçılar ve ihracatı finanse eden bankalar için genişletilmiş kredi garantileri, yeşil enerji ve dijitalleşmeye yönelik sübvansiyonlar/yatırımları içermiştir. Ağustos ayında hükümet, kısa çalışma ödeneğinin azami süresini 12 aydan 24 aya çıkarmıştır.

Federal hükümetin mali paketine ek olarak, birçok yerel yönetim (eyaletler ve belediyeler) ekonomilerini desteklemek için 141 milyar Avro'luk doğrudan destek ve yaklaşık 70 milyar Avro'luk devlet düzeyinde kredi garantileri tutarında kendi önlemlerini açıklamıştır.

Yeni enfeksiyon dalgalarıyla sokağa çıkma yasakları sorunuyla karşılaşılmasından dolayı aileleri ve çalışan gençleri desteklemek için ek mali önlemler almıştır. Etkilenen işletmeleri desteklemek amacıyla Kasım-Aralık 2020 için gelir tazminatı (yüzde 75'e kadar) ve ayrıca hibelere, çıraklık-stajyer sübvansiyonlarına, kamu kredi garantilerine ve vergilendirmede zararın geçmiş yıl karı ile mahsup edilmesi gibi birçok önlem 2021 yılına kadar uzatılmıştır. 2021 ek bütçesi, hem sağlık harcamalarına yönelik ek desteği hem de bu önlemleri desteklemiştir (IMF 2021).

3.5.2. İtalya

17 Mart 2020 tarihinde hükümet, 25 milyar Avro'luk (GSYİH'nın yüzde 1,6'sı, 28,3 milyar dolar) acil durum paketi ilan etmiştir. Bu pakette yer alan mali tedbirler sırasıyla şunlardır:

(i) İtalyan sağlık sistemi ve sivil korumayı güçlendirmek için fonlar (3,2 milyar Euro)

(ii) İşten çıkarılan ve kendi hesabına çalışanların işlerini korumaya ve gelirlerini desteklemeye yönelik önlemler (10,3 milyar avro)

(iii) Salgından etkilenen belediyelerin çoğunda vergi ertelemeleri ve elektrik faturası ödemelerinin ertelenmesi dahil olmak üzere işletmeleri desteklemeye yönelik diğer önlemler (6,4 milyar avro)

(iv) Kredi arzını desteklenmesine yönelik önlemler (5,1 milyar €)

6 Nisan 2020 tarihinde, Likidite Kararnamesi ile 400 milyar Avro'ya (GSYİH'nın yüzde 25'i) kadar ek devlet garantilerine izin verilmiştir. Bu ve daha önceki programlardan alınan garanti zarfı, işletmeler ve haneler için 750 milyar Avro'dan (GSYİH'nın yüzde 50'sine yakın) fazla likiditenin kilidini açmayı amaçlamıştır.

15 Mayıs 2020 tarihinde hükümet, 55 milyar Avro'luk (GSYİH'nın yüzde 3,5'i) mali önlemlerin "Yeniden Başlatma" paketi şeklinde bir paket daha kabul etmiştir. Bununla ailelere daha fazla gelir desteği (14,5 milyar Avro), sağlık sistemi için fonlar (3,3 milyar Avro) ve KOBİ'ler için hibeler ve vergi ertelemeleri (16 milyar Avro) dahil olmak üzere işletmeleri desteklemek için başka önlemler sağlanmıştır.

Parlamentonun 8 Ağustos 2020 tarihinde 25 milyar Euro'luk (GSYİH'nın yüzde 1,6'sı) bir açık sapmasını onaylamasının ardından, hükümet yeni bir üçüncü destek paketini kabul etmiştir. Çalışma ve sosyal önlemler (12 milyar avro), diğer şeylerin yanı sıra, aileler ve bazı işçiler için ek gelir desteği, kısa çalışma programının uzatılması ve yeni işe alınanlar için sosyal güvenlik katkısının askıya alınması şeklinde içeriği olan düzenlemeler sağlanmıştır. Diğer önemli tedbirler, KOBİ'lerin borç geri ödemesine ilişkin alınan karar, borcun ertelenme durumunun uzatılması ve vergi yükümlülüklerinin geri ödenmesi için sürenin uzatılması olmuştur.

27 Ekim 2020 tarihinde hükümet, en son COVID önleme eylemlerinden etkilenen sektörlere acil şekilde yardım sağlamayı amaçlayan 5,4 milyar Avro'luk (GSYİH'nın yüzde 0,3'ü) bir paketi kabul etmiştir. Önlemler arasında 460 bin KOBİ'ye ve serbest meslek sahibine hibe ve ailelere ek gelir desteği yer almaktadır. Ayrıca hükümet salgından etkilenen işletmeler için sosyal katkı muafiyetlerini genişletilmesi kararını almıştır.

19 Mart ve 20 Mayıs 2021 tarihlerinde hükümet, pandemiden etkilenen işletmelere ve işçilere yönelik destekleri genişletmenin yanı sıra ekonomiyi canlandırmayı amaçlayan yaklaşık 72 milyar avroluk ek destek paketlerini onaylamıştır. Temel önlemler arasında, işletmelerin ve serbest meslek sahiplerinin tazmin edilmesi (2020 ciro kaybıyla orantılı olarak) ve işten çıkarma yasağının (Haziran sonuna kadar) ve kısa süreli çalışma programlarının uzatılması yer almıştır (IMF 2021).

3.5.3. Fransa

COVID-19 pandemisi ile yaşanan sağlık ve ekonomik olumsuzluklara karşı alınan tedbirlerden arasında Mart-Kasım döneminde, krizin ele alınmasına ayrılan yaklaşık 180 milyar Avro'ya (likidite önlemleri dahil GSYİH'nın yaklaşık yüzde 8'i) yükselterek, bütçe yasasını değiştiren dört yasa çıkarılması yer almıştır.

Banka kredileri ve kredi reasürans planları için 315 milyar Avro garanti dahil olmak üzere 327 ½ milyar Avro'luk (GSYİH'nın yüzde 15'ine yakın) bir kamu garanti paketine katkıda bulunulmuştur. Temel mali destek önlemleri şunlardır:

(i) Hastalar veya onlara bakanlar için sağlık sigortasının modernize edilmesi ve sağlık malzemelerine yapılan harcamaların artırılması

(ii) Şirketler için sosyal güvenlik ve vergi ödemelerinin ertelenmesi böylece vergi kredilerinin (KDV) hızlandırılmış iadesi yoluyla likidite desteği

(iii) Kısa çalışma programı kapsamındaki işçilerin ücretlerinin desteklenmesi

(iv) Salgından etkilenen mikro işletmeler, serbest meslekler, KOBİ'ler ve bağımsız çalışanlar ile düşük gelirli haneler için doğrudan mali destek, kira ve kamu hizmeti ödemelerinin ertelenmesi

(v) Sosyal güvenlik primlerinden muaf istisnai ikramiyelerin verilmesini kolaylaştırmak

(vi) Süresi dolan işsizlik yardımlarının sokağa çıkma yasağının sonuna kadar uzatılması ve engellilik ve aktif dayanışma gelir planları kapsamındaki hak ve faydaların korunması

(vii) En çok etkilenen sektörler için destek önlemlerinin (örneğin, otomobil ve havacılık sektörleri için daha yeşil araçlar ve yeşil yatırım desteği satın almaya yönelik teşvikler dahil) alınması

2021 bütçesi, acil durum programları için ek finansman içermesinin yanı sıra devam eden sınırlama önlemlerinin genişletilmesi yer almıştır.

2021 bütçesi, Fransız ekonomisinin toparlanmasını desteklemek için Eylül 2020'de açıklanan mali paketin ("Plan de Relance") temel unsurlarınıda kapsamıştır. İyileştirme planı, iki yılda yaklaşık 100 milyar avro tutarında tedbirler içermektedir. Ekonominin ekolojik dönüşümüne, Fransız firmalarının rekabet edebilirliğinin artırılmasına ve sosyal ve bölgesel uyumu desteklemeye yönelik tedbirler

alınmıştır. Planın yaklaşık 40 milyarının AB Kurtarma Fonu tarafından karşılanması beklenmektedir (IMF 2021).

3.5.4. Meksika

Hükümet almış olduğu tedbirler arasında, sağlık Bakanlığının yeterli mali kaynaklara sahip olmasını ve tıbbi ekipman ve malzeme temininde bürokrasi ile karşılaşmamasını sağlamak; hane halklarını ve firmaları desteklemek; krediyi artırmak, likiditeyi güçlendirmek ve mali piyasaların düzgün işleyişini garanti etmek; bütçenin tam olarak uygulanmasını sağlamak için kamu harcamalarına yönelik ihale süreçlerini hızlandırmak olarak sayılabilir.

GSYİH'nın yüzde 0,4'ü kadar yüksek sağlık harcamalarının yanı sıra, Meksika'nın mali tepkisi 2020'de şu şekilde planlanmıştır:

(i) Yaşlılık ve maluliyet aylıklarının 8 aya kadar önden yüklenmesi

(ii) Tedarik süreçlerinin ve KDV iadelerinin hızlandırılması

(iii) Hem resmi hem de gayri resmi sektörlerdeki firmalara ve işçilere borç verme

(iv) Kalkınma bankaları tarafından likidite desteği ve garanti sağlanması (257,1 milyar peso)

Ekonomi Bakanlığı özellikle 37,9 milyar pezo tutarında isteğe bağlı geri ödemeli kredileri şunlardır:

(a) Bordrolu, serbest meslek sahibi ve ev işçisi çalıştıran KOBİ'ler

(b) Daha önce Refah Sayımında kayıtlı olan aile şirketlerine verilen krediler (26,6 milyar peso)

Hükümet, Konut Enstitüsü'nde ipoteği (5,9 milyar peso) olan işçilere 3 ay süreyle sübvansiyonlu işsizlik sigortası sağlamıştır. Ayrıca, konut programlarına ek kaynak (4 milyar peso) tahsis edilmiştir. Hükümet, 2020 yılında, devlet çalışanları için düşük faizli konut kredileri (toplam 34,3 milyar peso tutarındaki ISSSTE kredileri), düşük oranlı kişisel krediler (3 milyar peso) ve özel programı yeniden etkinleştirmek için başka önlemler de uygulamıştır. Genel olarak, 2020'deki çizgi üstü mali önlemler GSYİH'nın yüzde 0,7'sini oluştururken, 2020'deki çizgi altı önlemler GSYİH'nın yaklaşık yüzde 1,2'sini oluşturmuştur. 19 Nisan 2020 tarihinde öncelikli olmayan harcamaların öncelikli kalemlere yeniden tahsis edilmesi ve üst düzey hükümet yetkilileri için gönüllü ücret indirimleri dahil olmak üzere kamu harcamaları için bir kemer sıkma programı uygulamaya konulmuştur.

Merkez Bankası, pandemi salgınından bu yana Mart'tan Şubat 2021'e kadar faiz oranlarını 300 baz puan düşürmüştür. Ayrıca, açıklandığı gibi 800 milyar pesoya veya 2019 GSYİH'nın yüzde 3,5'ine varan finansal sistemin işleyişini desteklemek için tedbirler oluşturulmuştur. Merkez Bankası, enflasyon

risklerine tepki olarak 24 Haziran 2021'de 25 baz puanlık ilk politika faiz artırımını kaydetmiştir (IMF 2021).

3.5.5. Kosta Rika

Hükümet, çalışanlar ve işletmelerin COVID-19'un etkilerine karşı korumak amacıyla bir gelir ve gider önlemi paketi uygulamaya koymuştur. Bu paket içinde şunlar yer almaktadır:

(i) Katma değer vergileri, işletme gelir vergileri ve gümrük vergilerinin ödenmesine ilişkin faizsiz 3 aylık bir borç erteleme

(ii) İnşaat ve turizm hizmetlerinde KDV'nin uygulamaya konulmasının ertelenmesi

(iii) 2020'de araba tescil vergisinde bir defaya mahsus vergi indirimi

(iv) Turizm sektöründe likidite kısıtlaması yaşayan firmalar için Kosta Rika Turizm Enstitüsüne ödenecek vergilere ilişkin 4 aylık bir borç erteleme

(v) COVID-19'dan önce aylık geliri 750.000 CRC'den (≈1.230 ABD Doları) az olan krizden ekonomik olarak etkilenen yaklaşık 375 bin haneye üç ay boyunca 125.000 ¢ (≈205 ABD Doları) tutarında aylık sübvansiyon

(vi) COVID-19 tedavisi için özel bir hastanenin inşası ve COVID-19 aşılarının satın alınması da dahil olmak üzere kamu sağlığı harcamalarında artış

Ayrıca, kamu çalışanlarının maaşları (polis ve sağlık çalışanları hariç) 2020 yılında 4953 kamu boşluğu dondurulması ve 2194 kadro tasfiye edilerek daha fazla kaynağın COVID-19 dikkatine yönlendirilmesi yer almıştır.

Merkez Bankası, pandeminin ekonomide yarattığı tahribatı yumuşatmak ve hane halkı ile işyerlerinin kredi koşullarını iyileştirmek amacıyla politika faizini tam puan indirerek yüzde 0,75 ile rekor düşük seviyeye indirmiştir. Ayrıca Merkez Bankası'na sistemik sıkıntı dönemlerinde likidite sağlamak amacıyla ikincil piyasadan devlet iç borçlanma senetleri (en fazla 250.000 milyon ¢'ye kadar) satın alma yetkisi verilmiştir. Aralık 2020'de yetkililerin uyguladığı bazı politikalar şunlardır:

(i) Bankaların yeniden yapılandırılan yeni krediler için borçluların kredi notlarını güncellemelerini zorunlu kılmak

(ii) Önceden birikmiş döngüsel karşılıkların belirli karşılıklar için kullanılmasına izin verilmesi

(iii) Bankaların bireysel borçluları stres testi yapma şartının askıya alınmasının uzatılması (IMF 2021).

3.5.6. İspanya

COVID-19 virüsünün neden olduğu salgına karşı alınan temel önlemler arasında şunlar yer almaktadır:

(i) Acil durum fonundan Sağlık Bakanlığı'na bütçe desteği (1,4 milyar Avro)

(ii) Bölgesel sağlık hizmetleri için bölgelere transferler (12,4 milyar €)

(iii) COVID-19 ile ilgili araştırmalar da dahil olmak üzere sağlıkla ilgili ek harcamalar (270 milyon €)

(iv) Tek kullanımlık cerrahi maskeler için KDV oranının düşürülmesi (850 milyon €); COVID-19 ile mücadele için gerekli tıbbi malzemelerin yanı sıra COVID-19 testleri ve aşılarının satın alınmasında geçici sıfır KDV oranı uygulaması (480 milyon €); Şirketler ve serbest meslek sahipleri için sosyal güvenlik borçlarının ertelenmesi; seçilmiş endüstrilerdeki serbest meslek sahipleri ve şirketler için sosyal güvenlik katkılarının borçlarının ertelenmesi gibi politikalar.

(v) COVID-19 nedeniyle Geçici İstihdam Uyum Planları (ERTE) kapsamında geçici olarak işten çıkarılan işçiler için, önceden asgari katkı payı veya birikmiş hak sahipliğinde azalma olmaksızın (süreye bağlı olarak yaklaşık 24,7 milyar Euro) işsizlik ödeneği ve Sosyal hizmetler, eğitim ve firmalara destek konusunda bölgesel hükümetler tarafından alınan önlemler (yaklaşık 11 milyar €)

(vi) Sosyal Güvenlik bütçesi tarafından ödenen (1,6 milyar avro), COVID-19 salgınında enfekte işçiler veya karantinaya alınanlar için düzenleyici tabanın yüzde 60'ından yüzde 75'ine artan hastalık ücreti; yeni bir gelir testi Asgari Gelir Programının getirilmesi (yılda yaklaşık 3 milyar €); kalıcı süreksiz sözleşmeler kapsamında çalışmaya devam edemeyen ancak işsizlik yardımı almaya hak kazanamayan işçiler için güçlendirilmiş işsizlik koruması (800 milyon avro).

Belirli bakanlıklar ve yerel hükümetler için harcama tavanlarının değiştirilmesi; tıbbi malzemelerin merkezileştirilmesi; ve kamu sektörünün COVID-19'a yönelik herhangi bir önlemi uygulamak için ihtiyaç duyduğu tüm mal ve hizmetlerin satın alınmasına yönelik bir acil durum yönetim süreci gibi salgına karşı tedbirler uygulamaya alınmıştır (IMF 2021) .

3.5.7. Yunanistan

Salgının neden olduğu olumsuzları gidermek amacıyla; 2020'de ulusal ve AB kaynaklarından finanse edilen kredi garantileri de dahil olmak üzere GSYİH'nın yaklaşık yüzde 13,7'sine (23,5 milyar avro) ulaşan bir mali önlemler paketi uygulanmıştır. Söz konusu paketin içeriği şu şekildedir:

(i) Doktor ve hemşirelerin işe alınması için sağlık harcamaları, tıbbi malzeme tedariki ve sağlık sektörü çalışanlarına nakit ikramiyeler

(ii) Zor durumdaki şirketlerde ve kendi hesabına çalışan profesyoneller için nakit maaşlar, tam emeklilik ve sağlık yardımı ödemeleri, işsizlik yardımlarının uzatılması

(iii) Kısa süreli istihdam için destek, hane halkına sübvansiyonlar dahil olmak üzere savunmasız bireylere geçici transferler, çocuğu okula gitmeyen ebeveynler için ilk ikametgahlarına bağlı krediler ve ücretli izin

(iv) COVID-19 salgınından etkilenen serbest meslek sahibi, serbest çalışanlar, bireysel işletmeler ve en az 5 çalışanı olan işverenler 800 Avro ödenekten yararlanabilmeleri

(v) Sıhhi ürünlerdeki KDV (Maskeler, eldiven ve diğer tıbbi malzemeler gibi) %24'ten %6'ya indirilmesi

(vi) Hastanelerde çalışanlara toplam 108.000 kamu görevlisine Paskalya ek ödemesinin verilmesi

(vii) KDV hariç, vergi ve sosyal güvenlik katkı yükümlülüklerinde %25 indirim uygulanması

(viii) Kredi garantileri, kredi ve faiz ödeme sübvansiyonları, geri ödenebilir avans, kira indirimleri ve ertelenmiş vergi ödemeleri ve sosyal güvenlik katkı payları yoluyla sert darbe alan işletmelere likidite desteği

(ix) Ekonomistler, muhasebeciler, mühendisler, avukatlar, doktorlar, öğretmenler ve araştırmacılar gibi meslek grubuna 600 Avro eğitim çeki şeklinde ekonomik destek verilmesi

(x) Kırsal Kalkınma ve Gıda Bakanlığına 150 milyon Avro destek verilmesi

(xi) COVID-19'dan korunma, araştırma harcamaları ve ulaşım ve konaklama sektörleri için ihtiyaç duyulan kritik ürünler için KDV oranı indirimleri

Hükümet, Kasım 2020 ve Mart 2021'de yeni hareket kısıtlamalarının uygulanmasına paralel olarak seçili destek tedbirlerini genişletmiştir. Mali tedbirlerin maliyetini 2021'de GSYİH'nın yaklaşık yüzde 8,5'ine çıkarmıştır.

Hastaneleri, sağlık merkezleri ve Ulusal Acil Yardım Merkezi için, 2.000 sağlık profesyonelinin işe alınması için 70 Milyon Avro ek kaynak Sağlık Bakanlığına tahsis edilmesi ve mevcut bütçesine ek olarak, sağlık sisteminin en az 200 milyon Avro güçlendirilme sağlanması COVID-19 önlem paketinin içerisinde yer almıştır (IMF 2021).

3.5.8. Türkiye

COVID-19 pandemi sürecinde alınan mali tedbirler öncelikle salgının olumsuzluklarını gidermek amacıyla açıklanan tedbir paketi olarak ilan edilmiştir. Hükümet, "Ekonomik İstikrar Kalkanı" adıyla bir ekonomik paket açıklamıştır. Öncelikli olarak 100 Milyar TL'lik bir mali paket kabul edilmiştir. Mart ayı itibarıyla yetkililer, isteğe bağlı mali destek paketinin tamamının 638 milyar TL (GSYİH'nın yüzde 12,7'si) olacağını tahmin edilmiştir. Bunun yaklaşık 165 milyar TL'si (GSYİH'nın yüzde 3,3'ü) 'bütçe içi' tedbirler şeklindedir. Temel mali önlemler şunlardır:

(i) Sağlık hizmetlerinin devamlılığı için 32 bin sağlık personeli alımının gerçekleştirilmesi

(ii) 4,5 milyar TL ek kaynak ile tüm sağlık çalışanları için performans ödemelerinin 3 ay boyunca en üst olan tavandan yapılması

(iii) Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Konseyi (TÜBİTAK) öncülüğünde, COVID-19'un tanı ve tedavisinde kullanılan ürünler, çevre koşullarının iyileştirilmesine yönelik ekipman ve hastalıkların önlenmesinde etkili koruyucu ürünlerin geliştirilmesi

(iv) Kamu kurumlarının konuk evlerinde ücretsiz konaklama ve sağlık çalışanlarına ücretsiz ulaşım imkanları hayata geçirilmesi

(v) İstanbul'da Atatürk Havaalanı yerleşkesine COVID-19 salgını için Prof. Dr. Murat Dilmener Acil Durum Hastanesi'nin faaliyete başlatılması

(vi) Vergi beyanname verme ve tahakkuk eden vergilerin ödeme sürelerinin ertelenmesi, beyannamelere istinaden tahakkuk eden vergilerin ödeme sürelerinin ise altışar ay uzatılması

(vii) Nisan 2021'in sonlarında Parlamento, pandemiden en çok etkilenen sektörlerde istihdamı desteklemek için tüm sektörleri kapsayan ek geçici önlemlerden işten çıkarma yasağı ve kısa çalışma ödeneği sisteminin 3 aylığına uzatılması ve Sosyal destek programı kapsamında 6.310.104 kişiye kişi başına 1000 TL nakit destek verilmesi

(viii) 17 Kasım 2020 tarihinde yürürlüğe giren "7256 Sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkındaki Kanun" kapsamında Hazine ve Maliye Bakanlığına, İl Özel İdarelerine ve Belediyelere, SGK, bağlı kurum ve kuruluşların tahsil daireleri tarafından takip edilecek alacakların yapılandırılması

(ix) Aynı kanun kapsamında "Yeni İstihdam Teşvikleri" ve "İlave İstihdam Prim Desteği'nin" yürürlüğe girmesi

(x) Doğrudan ve dolaylı vergi tahsilatlarının 2019 yılının aynı dönemine göre reel olarak yüzde 2 azaltılması, ekonomik daralma, işsizlik ve vergi indirimleri nedeniyle toplam gelir tahsilatları reel olarak yüzde 5 azalmıştır (IMF 2021; Enache, vd. 2020:5; T.C. Cumhurbaşkanlığı, Ekonomik İstikrar Kalkanı Paketi 2020).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ SAĞLIK KRİZİYLE MÜCADELE KAPASİTESİ VE STRATEJİLERİ BAKIMINDAN ÖNEMİ: OECD ÜLKELERİ ANALİZİ

4.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı

Toplumun temel ihtiyaçlarına kayıtsız kalmadan etkili bir şekilde karşılanması çağdaş ve demokratik ülkelerin öncelikli görevidir. Sağlık da toplumdaki bireylerin temel ihtiyaçlarından biridir. Sağlık, bireylerin fiziksel ve ruhsal olarak iyi olma halinin yanı sıra ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren göstergelerden biridir. Bunu için sağlık hizmetlerinin uygulanması, iyileştirilmesi ve her bireye sunulması amacıyla oluşturulan sistemler sağlık sistemlerini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sağlanması amacıyla gerçekleşen maliyetler ülkelerin kullandıkları sağlık sistemlerine göre finanse edilmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinin adil ve etkin bir şekilde sunulmasında, dünyada yaşayan her bireyin sağlık hizmetlerine rahatça erişebilmesinde ve sağlık göstergelerinin iyileştirilmesinde sağlık harcamalarının önemli bir payı vardır. Özellikle sağlık harcamalarının etkin ve verimli kullanımı sağlık sistemlerinin performansı açısından önemlidir.

Tarih boyunca insanoğlunun yaşamış olduğu salgın hastalıklar günümüzde küreselleşmenin etkisi ile daha hızlı yayılım göstermektedir. 2019 Kasım ayından itibaren Çin'in Wuhan Kentinden COVID-19 virüsüne bağlı hastalığın hızlı yayılım göstermesi neticesinde 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü hastalığın küresel bir salgın olduğunu ilan etmiştir. Ülkelerin yaşadığı bu salgın aslında önemli bir sağlık krizi olup aynı zamanda birçok alanda da etkisini hissettirmiştir. Salgında, ülkelerin en önemli savunma aracı sağlık kapasiteleri, sağlık hizmetleri, sağlık harcamaları ve nüfus yapıları olmuştur. Salgın için alınan tedbirler de öncelik, bireyler arası yayılımın durdurulmasına bağlı olarak hastalığın azalması ve korunma için aşılama çalışmalarının başlaması olmuştur. Tüm ülkelerin aşılama planlarının uygulaması şeklinde süreç devam etmiştir. Bu salgın ülkelerin karşısına büyük halk sağlığı krizi olarak çıkmıştır. Ülkelerin; salgın ile baş edebilmesinde öncelikli olarak geniş erişilebilirliğe sahip sağlık hizmetlerinin ve kamu tarafından finanse edilen etkin sağlık sistemlerinin büyük önem taşıdığı görülmüştür.

Bu araştırmanın amacı, OECD ülkelerinin önncelikle COVID-19 salgını ile mücadele etme performansını yansıtacak değişkenler üzerinden sınıflandırılması, bu doğrultuda ülkelerin pandemiye

karşı izledikleri stratejilerin analiz edilmesidir. Çalışmamızda, kümeleme analizi kullanılarak OECD ülkelerinin olası bir sağlık krizi ile baş edebilme potansiyelleri ile pandemi ile mücadeleye yönelik geliştirdikleri mücadele stratejileri ve sonuçlarını değerlendirmektedir. Kısaca söz konusu ülkelerin kamu sağlık harcamaları ve sosyo-ekonomik ve siyasi göstergelerinden hareketle sağlık krizi ile mücadele etme potansiyeline sahip olup olmadıklarını ve farklı potansiyeldeki ülkelerin de bu krizi yönetmek için izledikleri stratejiler arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla kümeleme analizi kullanılmıştır.

4.2.Araştırmanın Literatür İncelemesi

Ülkelerin, sağlık harcamaları, sağlık göstergeleri, sosyo-ekonomik ve COVID-19 göstergeleri açısından değerlendirmek ve karşılaştırmak amacıyla bugüne kadar çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalardan bazıları kümeleme analizi ile ülkeleri benzer ve farklılıkları açısından sınıflandıran çalışmalardır.

Tchouaket vd. (2012) OECD'ye üye 27 ülkenin sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmek amacıyla kümeleme analizi yöntemini kullanmıştır. Çoklu küme analizi ile ülkeler dört kümede gruplandırılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda İsveç, Finlandiya ve Norveç'in sağlanan sağlık hizmetleri sonucunda ortaya çıkan sağlık çıktıları üzerinde çok iyi performans gösterdikleri belirlenmiştir. En kötü performansa sahip ülkeler ise ABD, Lüksemburg ve İsviçre gibi oldukça zengin ülkeler olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Wendt (2014) çalışmasında OECD'ye üye 32 ülkenin 2001 ve 2007 verileri ile sağlık sistemlerinin sınıflandırmasını kümeleme analiziyle yapmıştır. Toplam sağlık harcaması, kamu sağlık harcaması, özel sağlık harcaması, cepten sağlık harcaması, yatan hasta endeksi, ayakta tedavi endeksi, pratisyen hekimlerin ücretlendirilmesi ve erişim düzenleme endeksi değişkenlerini kullanmıştır. Analiz sonucunda, 2001 yılında OECD ülkeleri 8 kümede toplanmıştır. Bu kümelerden 4 temel küme oluşurken Kore, Norveç, İsviçre ve ABD ayrı birer küme oluşturmuştur. 2007 yılına ait veriler ile OECD ülkeleri toplam 9 kümeye ayrılmış yine dört temel küme mevcudunun yanında Yunanistan, Kore, Norveç, İsviçre ve ABD ayrı birer küme oluşturmuştur. 2001 verisinde Türkiye, Yunanistan ve İsrail aynı kümede sınıflanırken, 2007 verisinde Türkiye İsrail'le aynı kümede sınıflanmıştır.

Reibling, vd (2019) 29 OECD ülkesinin kişi başına düşen sağlık harcaması, hekim sayısı, toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının payı, toplam sağlık harcamaları içerisinde cepten sağlık harcamalarının payı, erişim düzenleme endeksi, ayakta tedavi için yapılan sağlık harcamaları, 15+ yaş nüfusta sigara içenlerin oranı 15+ yaş nüfusta (litre cinsinden) alkol tüketimi ve kalite toplam endeksi değişkenleri ile kümeleme analizi yapmıştır. Analiz sonucunda gelişmiş, sanayileşmiş ülkelerin sağlık sistemlerini karşılaştırmak amacıyla beş küme halinde sınıflandırılmıştır.

Arz ve seçim odaklı kamu tipi (AU, AT, BE, CZ, DE, FR, IE, IS, LU, SI), Performans ve birinci basamak bakım odaklı kamu tipi (FI, JA, KO, NO, NZ, PT, SE), Düzenleme odaklı kamu tipi (CA, DK, ES, IT, NL, UK), Düşük arz ve düşük performanslı karma tip (EE, HU, PL, SK) ve Arz ve performans odaklı özel tip (CH, US) şeklinde sınıflandırma oluşturulmuştur.

Değirmenci ve Yakıcı Ayan (2020) sağlık göstergeleri vasıtasıyla OECD'ye üye ülkeleri sınıflandırmak aynı zamanda bu sınıflandırma içerisindeki yerini değerlendirmek amacıyla Kümeleme Analizi ve TOPSİS yöntemini kullanmışlardır. Çalışmada 2015 yılına ait kişi başına olmak üzere sağlık harcamaları, ilaç harcamaları, doktor sayısı, hemşire sayısı ve hastane yatak sayısı değişkenleri kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, uygulanan Bulanık Küme Analizi ile Türkiye'nin Kore, Meksika ve Polonya ile aynı kümede yer aldığı görülmüştür. Uygulanan TOPSIS yönteminin sonuçlarına göre Amerika Birleşik Devletleri, Japonya, Kanada ilk üç sırayı, Türkiye ise Meksika'nın ardından son sırada yer almıştır. Diğer OECD üyesi ülkeler ile karşılaştırıldığında Türkiye'nin kişi başına hastane yatak sayısı dışındaki sağlık kaynaklarının yetersiz olduğu ve bu açıdan düzeltme ve iyileştirmeler yapması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Alkaya ve Alkaş (2021) Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üyesi ülkeleri sağlık göstergelerine göre sınıflandırarak, Türkiye'nin sınıflama içindeki yerinin tespit edilmesi değerlendirilmesinde bulunmuşlardır. Çok değişkenli istatistiksel analiz yöntemlerinden kümeleme analizi ile OECD üyesi ülkelerin sınıflaması gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kişi başına düşen sağlık harcaması, doğuşta beklenen yaşam süresi, sağlıklı yaşam beklentisi, ölüm oranı-yeni doğan (1.000 canlı doğumda), ölüm oranı, kaba (1.000 kişi başına), yaşam boyu anne ölümü riski (%), tıp doktoru sayısı (10.000 kişide), hemşire ve ebe sayısı (10.000 kişide), on bin kişiye düşen yatak sayısı değişkenleri gibi 2018 yılına ait veriler kullanılmıştır. Analiz sonucunda OECD ülkeleri yedi kümeye ayrılmıştır. Birinci kümede ABD, ikinci kümede Türkiye, üçüncü kümede Meksika, dördüncü kümede Litvanya, beşinci kümede Kore ile Japonya, altıncı kümede Kolombiya ve yedinci kümede ise diğer OECD üye ülkeleri sınıflanmıştır. Türkiye ile diğer OECD ülkelerin kıyaslandığında kişi başına düşen sağlık harcaması, sağlıklı yaşam beklentisi, yaşam boyu anne ölüm riski, yeni doğan ölüm oranı, tıp doktoru sayısı, hemşire ve ebe sayısı, yatak sayısı alanlarında yetersiz olduğu belirlenmiştir.

Köse (2022a) Türkiye'de 2019 yılına ait sağlık hizmeti talep, sağlık hizmeti üretim ve sağlık hizmeti kapasitesi boyutlarındaki verilere göre 12 istatistik bölgeye ait veriler hiyerarşik kümeleme analizi ile değerlendirmiştir. Analizinde aglomeratif hiyerarşik kümeleme ile Ward's yöntemi kullanılmıştır. 12 istatistik bölge 3 kümede gruplanmıştır. Analiz sonucuna göre birbirine en fazla benzeyen istatistik bölgeler, sağlık hizmeti talebi açısından Doğu Marmara ve Batı Marmara, sağlık hizmeti üretimine göre Doğu Marmara ve Ege, sağlık hizmeti kapasitesine Orta Anadolu ve Batı

Anadolu bölgeleri olarak tespit edilmiştir. Birbirine en az benzeyen istatistik bölgeler, sağlık hizmeti üretimine göre en az benzeyen ise İstanbul ve Doğu Karadeniz bölgesi olarak tespit edilmiştir.

Köse (2022b) 1000 kişiye düşen hemşire, 1000 kişiye düşen hekim sayısı, doğumda beklenen yaşam süresi, 100.000 kişi başına düşen ölüm oranı sağlık harcaması ve satın alma paritesine göre kişi başı sağlık harcaması değişkenlerini analizinde kullanmıştır. Analizde iki model k-ortalamalar kümeleme yöntemi ile kurulmuştur. Birinci modelde hemşire sayısı, doktor sayısı, doğumda beklenen yaşam süresi, 100.000 kişi başına düşen ölüm oranı, sağlık harcaması değişkenleri yer almıştır. İkinci modelde ise bu değişkenlere satın alma paritesine göre kişi başı sağlık harcaması değişkeni eklenmiştir. k-ortalamalar yöntemine göre Model 2 ile Model 1 arasındaki fark refah düzeyi yüksek olan ülkelerin bir arada yer almıştır. Kümelerin oluşumuna en fazla katkısı olan değişkenler Model 1'de doğumda beklenen yaşam süresi değişkeni, Model 2'de ise 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı ve satın alma paritesine göre kişi başı sağlık harcama değişkenleri olduğu görülmüştür.

Tekin (2020) COVID-19 salgınının OECD ülkeleri ile Brezilya, Çin, Rusya, Endonezya ve Güney Afrika ülkeleri üzerine etkileri, kümeleme analizi ile karşılaştırmalı olarak incelemiştir. Ülkelerin sınıflandırılmasında hiyerarşik kümeleme ve Ward's yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan değişkenlerden finansal veriler Ocak 2020-Nisan 2020 tarihleri arasında, COVID-19 verileri 10 Mayıs 2020 tarihi itibariyle, sağlık göstergeleri ise 2016-2018 yılları arası dönemi kapsayacak şekilde analizde kullanılmıştır. Analiz soncunda yedili, beşli, dörtlü ve üçlü küme yapıları karşılaştırılmıştır. COVID-19 salgını göstergelerine göre en az vaka ve ölüm sayısının görüldüğü ülkelerin Avustralya, Yunanistan, Macaristan, Polonya, Brezilya, Çin, Hindistan, Endonezya ve G. Afrika olduğu görülmüştür. Bununla birlikte bir milyon kişi başına en yüksek test ortalamasına sahip ülkeler Avusturya, Danimarka, Estonya, Almanya, Portekiz, Rusya, Belçika ve İspanya'dır. Bir milyon kişi başına ölüm oranının en az olduğu ülkelerden birinin Türkiye olduğu görülmüştür. İyileşen hasta sayısı oranının en yüksek olduğu ülkelerin ise Avusturalya, Çin, Lüksemburg, Almanya ve Avusturya olduğu görülmüştür.

Çağdaş (2020) üç farklı zaman dilimi ile G20 ülkelerinin enflasyon, işsizlik ve ekonomik büyüme oranı ile net borçlanma, bütçe dengesi, kamu gelirleri, kamu harcamaları ve brüt borçların GSYH içindeki payı değişkenlerini kullanarak kümeleme analiziyle incelemiştir. Kullanılan üç farklı zaman dilimi COVID-19 salgını öncesi, salgının başlangıç dönemi ve salgının başlangıcından sonraki dönem olarak belirlenmiştir. Analiz sonuçlarına göre ilgili dönemler arası makroekonomik göstergelerle elde edilen kümelerde, kamu maliyesi göstergeleri ile elde edilen kümelere göre ülke geçişlerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Türkiye ve Japonya diğer ülkelerden ayrıştığı görülmüştür. Her dönemde tek başına Türkiye'nin makroekonomik, Japonya'nın ise kamu maliyesi göstergeleri açısından bir küme oluşturduğu saptanmıştır.

Madenoğlu (2023) OECD'ye üye 38 ülkenin sağlık ve COVID-19 göstergelerini dikkate alarak hiyerarşik kümeleme ile hiyerarşik olmayan kümeleme analizi uygulamıştır. Analizde vaka/nüfus oranı, ölüm/nüfus oranı, toplam kurtarılan, doktor sayısı, hemşire sayısı, yatak sayısı, sağlık harcamaları, ilaç harcamaları, aşı ve yoğun bakım yatak kapasitesi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre Türkiye, Fransa, Almanya, İtalya, Kore, İngiltere ile aynı grupta yer almıştır.

Alptekin ve Yeşilaydın (2015) OECD'ye üye 34 ülkenin sağlık ile ilgili verilerini bulanık c-ortalamalar kümeleme analizi yöntemini kullanarak ülkeleri kategorize etmiştir. Analizde hekim sayısı, hastane yatağı sayısı, kişi başı sağlık harcamaları, günlük sigara içen 15 yaş üstü erişkinlerin yüzdesi, meyve tüketimi (yılda kişi başına kg), kızamık aşısı olan çocukların yüzdesi, karbonmonoksit (co) emisyonu (kişi başı kg), 5-39 yaş arası beklenen okullaşma (eğitim) yılı (yıl), doğumda beklenen yaşam süresi (yıl), anne ölüm hızı (100.000 canlı doğumda) gibi değişkenler kullanılmıştır. Analiz bulgularına göre en uygun küme sayısının beş olduğu; birinci kümede üç, ikinci kümede dokuz, üçüncü kümede dokuz, dördüncü kümede altı ve beşinci kümede yedi ülkenin yer aldığı belirlenmiştir. Türkiye, dördüncü kümede yer almaktadır. Türkiye ile birlikte aynı kümede yer alan diğer ülkeler Estonya, Macaristan, Meksika, Polonya ve Şili'dir.

Çetintürk ve Gençtürk (2020) 2003-2017 yılları arasında OECD'ye üye ülkelerin sağlık hizmetlerinde kullandıkları 14 farklı sağlık harcama türlerine göre kümelemiştir. Çalışmada hiyerarşik kümeleme yöntemlerinden Ward yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre Türkiye'nin çeşitli sağlık harcama türlerinde en fazla benzerlik gösterdiği ülkeler; Estonya, Letonya, Meksika, Çek Cumhuriyeti, Lüksemburg, Belçika ve Avustralya olarak belirlenmiştir. Türkiye'nin konumu diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında, sağlık harcamalarında gelişmiş ülkelerin gerisinde kaldığı ve nispeten düşük sağlık harcamalarına sahip ülkelerle aynı kümede yer aldığı görülmektedir.

Demircioğlu ve Eşiyok (2020) OECD ve AB üyesi 36 ülkenin benzerlik ve farklılıklarına göre kümelenmesi amacıyla son dönem sağlık ve COVID-19 göstergeleri, K-ortalamalar yöntemi ile analiz etmiştir. Analizde vaka/nüfus oranı, ölüm/nüfus oranı, iyileşen/nüfus oranı, test sayısı/nüfus oranı, doktor sayısı, hemşire sayısı, sağlık harcaması, yatak sayısı, yoğun bakım yatak sayısı değişkenleri kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre ülkeler, ikili, üçlü ve dörtlü kümelere ayrılmıştır.

Sel (2022) 2000-2018 yılları arasında 30 adet sağlık göstergesini G20 ülkelerini sınıflandırmak amacıyla kümeleme analizi kullanmıştır. Değişken sayısının fazla olmasından dolayı veri madenciliği yöntemleri kullanılmıştır. SOM yöntemi ile ülkeler dört farklı kümeye ayrılmıştır. Daha sonra MAUT yöntemi ile küme performansları değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre Kümeleme analizi sonucunda ülkelerin 4 farklı kümede sınıflandıkları görülmüştür. Sağlık göstergeleri açısından "Çok Yüksek" performansa sahip olan ülkeler Çin ve Güney Kore'dir. "Yüksek" düzeyde performansa sahip

olan kümede yer alan ülkeler; Almanya, Amerika, Avustralya, Fransa, İngiltere, İtalya, Japonya, Kanada ve Rusya şeklindedir. "Ortalama Üstü" düzeyde performansa sahip olan kümede yer alan ülkeler; Arjantin, Brezilya, Meksika, Suudi Arabistan ve Türkiye'dir. "Düşük" performansa sahip olan kümede yer alan ülkeler; Endonezya, Güney Afrika ve Hindistan'dır.

4.3.Araştırmada Kullanılan Değişkenler

Araştırmanın bu bölümünde; OECD üyesi 38 ülkenin salgın hastalık ile mücadele etme performansının özgünlüğünü temsil edecek beş endeks ve kamu sağlık harcamaları ile ilgili iki değişken üzerinden kümeleme analizi yöntemleri ile incelenmiştir. Endekslerin seçimindeki amaç öncelikle birbirinden farklı olan ülkelerin ekonomik-sosyal ve siyasal faktörler itibariyle benzerliklerine göre tasnif etmektir. Ayrıca ülkelerin sağlık krizi ile mücadele potansiyellerini ortaya koymaktadır. Kümeleme analizi için SPSS Statistics 23 uygulaması ile istatistiksel analiz gerçekleştirilmiştir.

Kümeleme analizi için 38 OECD [13]ülkesinin sağlık, ekonomik, sosyal ve COVID-19 göstergelerini içeren belli özelliklere sahip beş endeks ile kamu sağlık harcamaları ile ilgili üç değişken kullanılmıştır. Çalışma kapsamındaki OECD ülkelerinin kümeleme analizinde kullanılmak üzere seçilen değişkenlere ilişkin veriler salgının başladığı yıl olan 2020 yılı ve salgının devam ettiği 2021 yılını kapsamaktadır. Analizde kullanılan değişkenlerin kullanım amacı şu şekildedir. Koruma ve Sağlık Endeksinin kullanım amacı, COVID-19 virüsü ile ortaya çıkan salgın hastalık ile ilgili alınan önlemleri ve aşılama politikalarının ülke bazında etkilerinin incelenmesidir. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksinin kullanım amacı ise kadınların ekonomik ve siyasal hayata katılımı, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişimi ile pandeminin toplumsal cinsiyete bağlı etkilerinin incelenmesidir. Demokrasi Endeksi ile pandemi nedeniyle alınan siyasal karar alma mekanizmasının etkilerinin incelenmesidir. Ekonomik Özgürlük Endeksinin kullanım amacı farklı yetki alanları olan politik-ekonomik kurumların pandemi nedeniyle ortaya çıkan etkilerinin ekonomik özgürlük endeksine bağlı olarak incelenmesidir. Salgın hastalıkların geçmişten günümüze kadar devam eden olumsuzluklarına karşı ülkelerin önlem almasını sağlamak, raporlama ve tespit, hızlı yanıt ve sağlık sistemlerinin performansının etkin bir şekilde düzenlenmesi amacıyla hesaplanan Küresel Sağlık Güvenlik Endeksi ile pandemi nedeniyle ortaya çıkan etkilerin ülke bazında incelenmesi istenilmiştir. Kamu sağlık harcamaları ile ilgili değişkenlerin kullanım amacı sağlık hizmetlerinin sunum düzeylerinde kamunun göstermiş olduğu

[13] ABD, Almanya, Avustralya, Avusturya, Belçika, Birleşik Krallık, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Güney Kore, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Norveç, Polonya, Portekiz, Slovakya, Slovenya, Şili, Türkiye, Yeni Zelanda ve Yunanistan, Kolombiya ve Kosta Rika araştırmaya dâhil edilen ülkelerdir.

performansının değerlendirilebilmesidir. Kümeleme analizinde kullanılan değişkenlerin, OECD üye ülkelerin pandeminin oluşturduğu etkiler bazında nasıl sınıflandığını incelemek üzere kullanılmıştır. Kullanılan değişkenlere ait bilgiler şu şekildedir.

Sınırlama ve Sağlık Endeksi (Containment and Health Index), öncelikle Katılık Endeksi [14]üzerine inşa edilmiştir. Bu endeks Katılık Endeksi ölçütlerinin yanı sıra test politikasını, temas takibinin kapsamını, maske takma gereklilikleri ve aşının kullanıma sunulmasına ilişkin politikaları kullanarak toplam on üç ölçütün dahil edilmesiyle hesaplanmıştır (https://ourworldindata.org/grapher/covid-containment-and-health-index, 2023).

Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi (Gender Inequality Index), üreme sağlığı, güçlenme ve işgücü piyasası olmak üzere üç boyutta kadınlar ve erkekler arasındaki kazanım eşitsizliğini yansıtan bileşik bir ölçüttür (https://hdr.undp.org/data-center/documentation-and-downloads, 2023).

Demokrasi Endeksi (Democracy Index), The Economist'in araştırma bölümü Economist Intelligence Unit (EIU) tarafından derlenen bir dizin olan endeks, 167 ülkede demokrasinin durumunu ölçmeyi ve beş temel kategoride (Seçim süreci ve çoğulculuk, Sivil özgürlükler, Devlet fonksiyonları, Politik katılım, Politik kültür) derlemeyi amaçlamaktadır (https://ourworldindata.org/grapher/democracy-index-eiu?tab=table, 2023).

Ekonomik Özgürlük Endeksi (Index Of Economic Freedom) farklı yetki alanlarındaki politik-ekonomik kurumların kalitesinin bileşik bir ölçüsüdür. The Heritage Foundation tarafından yayınlanan ve yıllık verilere sahip olan endeks, 184 ülkede mülkiyet haklarından finansal özgürlüğe kadar 12 özgürlüğü(Mülkiyet Hakları, Yargı Etkinliği, Devletin Bütünlüğü, Vergi Yükü, Devlet Harcamaları, Mali Sağlık, İş Özgürlüğü, Çalışma Özgürlüğü, Parasal Özgürlük, Ticaret Özgürlüğü, Yatırım Özgürlüğü, Finansal Özgürlük) kapsamaktadır. (https://www.heritage.org/index/explore , 2023).

Küresel Sağlık Güvenlik Endeksi (Global Health Security Index-GHS) 195 ülkenin salgın ve pandemilere hazırlık kapasitesini ölçmek amacıyla oluşturulmuştur. Tüm ülkelerin, potansiyel olarak COVID-19'dan daha yıkıcı tehditlere de dahil olmak üzere gelecekteki salgın ve pandemi tehditlerine karşı hazırlıksız yakalanmamaları için hazırlanan bir endekstir. Endeks altı kategoriden oluşmaktadır: **a-Önleme:** Ortaya çıkmasının önlenmesi veya patojenlerin salınımı, özellikle oluşturabilecek olanlar Halk Sağlığı Acil Durumu Uluslararası Endişe.

[14] Katılık Endeksi'ni hesaplamak amacıyla kullanılan dokuz ölçüt şu şekildedir; okulların kapanması, işyeri kapanışları, halka açık etkinliklerin iptali, halka açık toplantılara ilişkin kısıtlamalar, toplu taşımanın kapatılması, evde kalma gereksinimleri, kamuyu bilgilendirme kampanyaları, iç hareketlere ilişkin kısıtlamalar ve uluslararası seyahat kontrolleri.

b-Tespit ve raporlama: Erken tespit ve raporlama potansiyel uluslararası salgın hastalıklar ötesine yayılabilecek endişe ulusal veya bölgesel sınırlar.

c-Hızlı yanıt Hızlı müdahale ve hafifletme bir salgının yayılması.

d-Sağlık sistemi: Yeterli ve sağlam sağlık hastaları tedavi etmek için sistem ve sağlık çalışanlarını korumak.

e-Uluslararası normlara uygunluk: Ulusal kapasitenin geliştirilmesi, eksikliklerin giderilmesi için finansman planları ve küresel normlara bağlılık taahhütleri.

f-Risk ortamı: Genel risk ortamı ve ülkenin biyolojik tehditlere karşı kırılganlığı (https://ghsindex.org/, 2023)

Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Kamu Harcamaları İçindeki Payı: GSYİH ile ölçülen ekonominin payı olarak yerli kaynaklardan yapılan kamu sağlık harcamaları (https://data.worldbank.org/indicator?tab=all).

Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı: Toplam kamu harcamalarının payı olarak yerli kaynaklardan yapılan kamu sağlık harcamaları. Hükümetin kendi yerel kamu kaynaklarından sağlığa harcama yapma önceliğini gösterir (https://data.worldbank.org/indicator?tab=all).

4.4.Araştırma Yöntem ve Bulguları

Çalışmanın bu bölümünde kümeleme analizi ile elde edilen bulgular incelenecektir. Burada kümeleme analizi bulguları, 38 OECD ülkesi için Hiyerarşik Kümeleme ve Hiyerarşik Olmayan Kümeleme analizi içinde yer alan K-ortalama yöntemiyle test edilecektir.

4.4.1. Kümeleme Analizi Yöntemi

Çok değişkenli analiz tekniklerinden biri olan kümeleme analizi, birimleri uzaklık ya da benzerlik ölçütlerine göre homojen gruplara ayıran bir yöntemdir. Bu analiz ilk olarak 1939 yılında R. C. Tyron tarafından ortaya atılmıştır (Bülbül, Camkıran 2022: 173). Kümeleme analizi ile seçilen birimlerin özellikler açısından birbirlerine diğerlerinden daha çok benzeyen bireyleri ya da objeleri bir kümede bir araya getirmektedir (Çoluk vd 2021:137).

Kümeleme analizinde, veri matrisinde yer alan n sayıda birimin p sayıda değişkeni içerdiği, aynı zamanda uzaklıkları ifade ettiği Uzaklık Matrisi D matrisi ile gösterilmektedir.

$$D = \begin{bmatrix} 0 & d_{12} & \cdots & d_{1n} \\ d_{21} & 0 & \cdots & d_{2n} \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ d_{n1} & d_{n2} & \cdots & 0 \end{bmatrix} \quad (1)$$

Burada $d_{ij}=d(\chi_i,\chi_j)$, χ_i ve χ_j gözlem vektörleri arasındaki uzaklık değerini göstermektedir. Bir nesnenin kendisine olan uzaklığı sıfır olacağından matriste esas köşegenin tüm elemanları sıfır olacaktır. χ_i ve χ_j nesneleri arasındaki uzaklık değeri, χ_i ve χ_j arasındaki uzaklık değerleriyle aynı olacağından uzaklık matrisi simetrik bir matristir (Ergüt 2020: 75).

Kümeleme analizi temel olarak;

(i) n sayıda birimi, p değişkene göre olabildiğince kendi içinde homojen ve kendi aralarında heterojen alt gruplara (kümelere) ayırmak;

(ii) p sayıda değişkeni, n sayıda birimde saptanan değerlere göre ortak özellikleri açıkladığı varsayılan alt kümelere ayırmak ve ortak faktör yapıları oluşturmak;

(iii) Hem birimleri hem de değişkenleri birlikte ele alarak ortak n birimi p değişkene göre ortak özellikli alt kümelere ayırmak amacıyla uygulanan bir yöntemdir (Alkaya, Alkaş 2021: 438).

Kümeleme analizinde, genellikle küme sayısı önceden bilinmemektedir. Mevcut veriden hareket edilerek, analiz sonucunda küme sayısı ve küme üyeleri elde edilmektedir. Kümeleme analizi üç temel aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada, birimlerin benzerlik/yakınlıklarını belirlemek amacıyla benzerlik veya uzaklık ölçüsü seçilmesidir. İkinci aşamada ise kullanılacak kümeleme yaklaşımına (hiyerarşik ve hiyerarşik olmayan) ve kümeleme tekniğine karar verilmektedir. Üçüncü aşamada ise küme sayısı belirlenip küme üyelikleri elde edilmektedir (Özdamar 1999: 257).

4.4.1.1.Hiyerarşik Kümeleme Yöntemleri

Hiyerarşik kümeleme analiz süreci aşamalı bir yapıya sahip olup bir alt aşamadaki küme alt grupları bir sonraki aşamadaki kümeleri oluşturmak için bir araya getirmektedir. Analizde benzerlik ve uzaklık ölçülerinin kullanılması ile kendi içinde homojen ve kendi aralarında ise heterojen kümeler oluşturmaktadır. Veri setindeki hiyerarşik ayrıştırma sırasında Ağaç Veri Yapısı olarak ifade edilen dendogram kullanılır. Böylece elde edilen kümelerin görselleştirilmesini sağlamaktadır (Pektaş 2013:193).

Hiyerarşik kümeleme yöntemi iki şekilde analizi gerçekleştirmektedir. Bunlar birleştirici ve ayırıcı hiyerarşik kümeleme yöntemleri şeklindedir. Birleştirici hiyerarşik kümeleme yöntemi önce tek tek birimlerle başlamaktadır. Başlangıçta birim sayısı kadar küme vardır. Öncelikle birbirlerine en benzer birimler gruplanmaktadır. Daha sonra ilk gruplar benzerliklerine göre birleştirilmektedir. Sonuç olarak benzerlik azaldığında tüm alt gruplar tek bir kümede birleşmiş olacaktır. Ayırıcı hiyerarşik kümeleme yönteminde, tüm gözlemlere ait tek bir küme mevcuttur. İlk aşamada tek grup, iki alt gruba bölünmektedir. Böylece bir alt gruptaki birimler diğer alt gruptaki birimlerden uzaktadır. Bu alt gruplar daha sonra benzer olmayan alt gruplara bölünmektedir. Analiz süresince her bir birim bir grup oluşturacak şekilde, birimlerin sayısı kadar alt grup olana kadar devam etmektedir (Çokluk vd. 2021:

143). Birleştirici kümeleme yöntemleri arasında tek bağıntı, tam bağıntı, ortalama bağıntı, Ward's yöntemi, medyan ve merkezi yöntem teknikleri vardır. Ayırıcı kümeleme yöntemleri arasında bölünmüş ortalamalar, otomatik etkileşim belirleme teknikleri vardır (Güleç, Yılmaz Işıkhan 2016: 39).

4.4.1.2.Hiyerarşik Olmayan Kümeleme Yöntemi

Hiyerarşik olmayan kümeleme yöntemlerinde, küme sayısı analiz öncesi belirlendiği, birimlerin değişkenlere göre k sayıda kümeye ayırmaktadır. Ayrıca araştırma değişkenlerine göre kendi içinde homojen ve kendi arasında heterojen yapıda kümelere ayırmayı sağlayan yöntemlerdir (Bulut 2023:391). Hiyerarşik olmayan kümeleme yöntemleri arasında k-ortalama, k-medoid, c-ortalamaların çok olabilirlik, metoid ve bulanık tekniklikleri yer almaktadır. Uygulanacak yöntemin karar verilmesiyle birlikte benzerliğin de nasıl ölçüleceği kararının verilmesi gerekmektedir. Birimler arası benzerliğin ölçülmesinde uygulanan üç yöntem; nicel verilerde ilişki ölçüleri, uzaklık ölçüleri ve nicel olmayan verilerde ilişkilendirme ölçüleridir. İlişki ölçüleri değişkenler arasındaki modellerin temsil edilerek ilişkilerin belirlenmesini içermektedir (Alkaya, Alkaş 2021: 439).

4.4.1.2.1. K-ortalamaların (K-means) Yöntemi

K-ortalama yöntemi hiyerarşik olmayan kümeleme yöntemlerinden biridir. Bu yöntemde her bir gözlemin kendi kümesine olan mesafeleri toplamı minimize edilecek şekilde k adet kümeye bölünmektedir. K-ortalama yönteminin adındaki "k" oluşturulacak küme sayısını "means" ise kümeyi oluşturan elemanların ağırlıklı ortalamasını göstermektedir. Bu yöntemde izlenen aşamalar şu şekildedir:

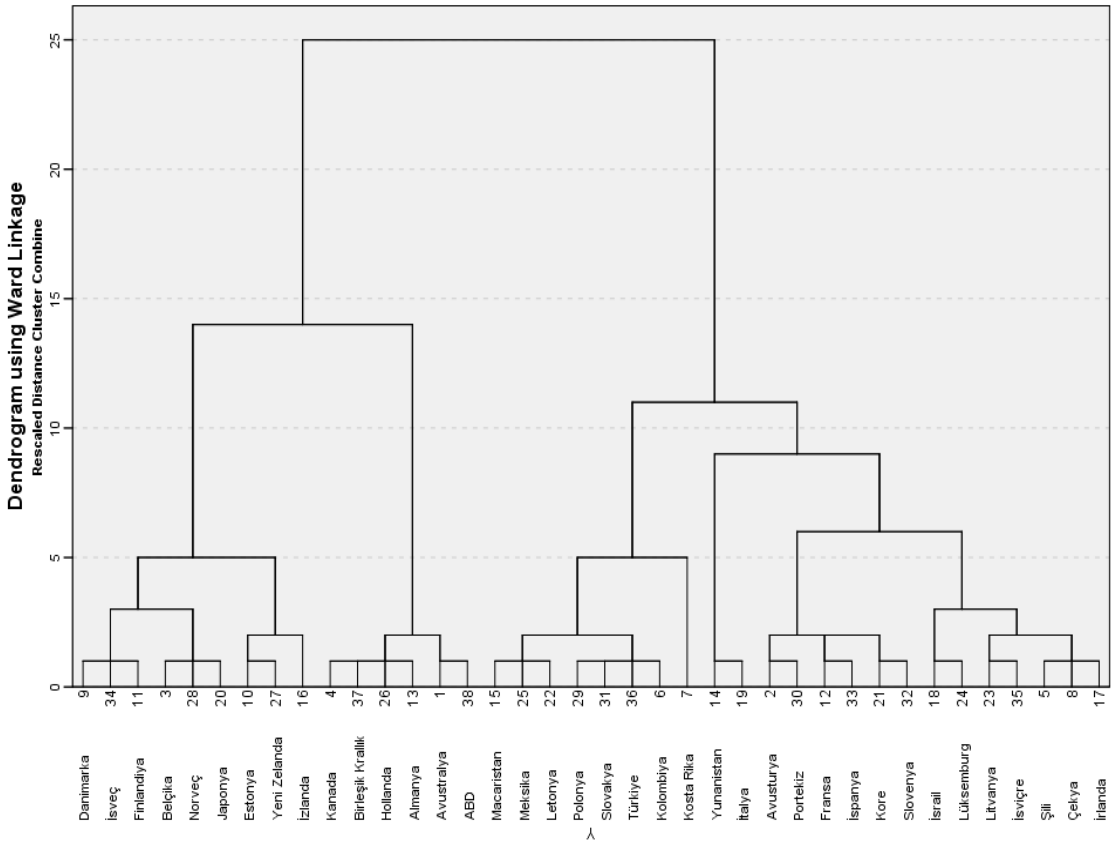
- Birinci aşama küme merkezinin belirlenmesidir. Önce k adet nesne tesadüfi olarak seçilir ve bu nesnelerin her biri, bir kümenin merkezini veya orta noktasını temsil etmektedir.
- İkinci aşama küme merkezleri belirlendikten sonra her bir nesne hangi küme ortalamasına daha yakınsa, o kümeye atanır.
- Üçüncü aşama her atamadan sonra küme ortalamaları yeniden hesaplanır.
- Dördüncü aşama kümeler arasında nesne geçişi durana kadar bir önceki adım tekrarlanmaktadır.

K-ortalamalar başlangıç noktasının seçimine karşı hassastır. Başlangıç küme merkezleri, farklı kümeleme sonuçlarının oluşmasında etkili olmaktadır. K-ortalamalar'da başlangıç küme merkezleri tesadüfi olarak seçildiğinden bu teknik tek bir kümeleme sonucunu garanti etmemektedir. Bu etkiyi azaltmak için k-ortalamalar tekniği tesadüfi olarak seçilen başlangıç değerleriyle birkaç kez uygulanmaktadır (Ergüt 2020: 83).

4.5. Kümeleme Analizi Bulguları

Çalışmada öncelikle Aşamalı (Hiyerarşik) Kümeleme Analizi ile küme sayısının belirlenmesi için çalışmalarda sıklıkla kullanılan Kare Öklid (Squared Euclidean) Uzaklığı ve Ward Metodu kullanılmıştır. OECD ülkelerinin Ward yöntemi kullanılarak oluşturulan ağaç diyagramı Şekil 1'de yer almaktadır. Ward yönteminde yatay eksen ölçeklenmiş bağlantı uzaklıklarını, dikey eksen ise ülkeleri(birleşen kümeleri) göstermektedir. Ağaç diyagramında görüldüğü üzere, soldan sağa doğru beşer birim aralıkla ölçeklendirilen (0, 5, 10, 15, 20, 25) değerler, küme birleşim uzaklık skalasını (Rescaled Distance Cluster Combine) ifade etmektedir. Ağaç grafiğinde birbirlerine en çok benzeyen ülkeler en yakın mesafede bir araya gelirken uzaklık arttıkça benzerliğe bağlı olarak ilk oluşan kümeye yeni ülkeler dahil olmaktadır. Mesafe 25 birime ulaştığında tüm ülkeler tek bir küme içerisinde yer almaktadır. Ağaç grafiği incelendiğinde en uygun küme sayısının yaklaşık 10-25 aralığında dört olduğu görülmektedir.

Şekil 13: Ward Yöntemi Kullanılarak Oluşturulan Ağaç Diyagramı (Dendogram)



Hiyerarşik kümeleme yönteminin Ward tekniği ile oluşturulan dendogram yardımıyla optimum küme sayısı dört olarak alınmıştır. Optimum küme sayı dört olarak ele alınarak, küme sayısının dışsal olarak belirlendiği hiyerarşik olmayan kümeleme analizinde K-ortalama yöntemi ile analiz sonuçları

yorumlanmıştır. Buradaki amaç dört kümeye ayırmada kullanılan değişkenlerin ayrıştırıcı özelliğini tespit etmek amacıyla kulanılmıştır.

Kümeleme analizinde kullanılan endeks ve kamu sağlık harcamalarına ait değişkenlerin kümeler itibari ile farklılığının incelenmesi için ANOVA testi uygulanmıştır. K-ortalama küme analizi sonucu oluşan kümelere ilişkin ANOVA testi sonuçları Tablo 16'da yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre OECD ülkelerinin dört kümede kümelenmesinde kullanılan endekslerin ve kamu sağlık harcamalarına ait değişkenlerin hepsinin önemli düzeyde rol oynadığı görülmektedir.

Tablo 16: K-ortalama Kümeleme Analizi ANOVA Sonuçları

Değişkenler	Küme Kareler Ortalaması	df	Hata Kareler Ortalaması	df	F	p
Sınırlama ve Sağlık Endeksi	400,629	3	26,642	34	15,037	,000
Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi	,049	3	,005	34	10,728	,000
Demokrasi Endeksi	5,777	3	,739	34	7,815	,000
Ekonomik Özgürlük Endeksi	179,829	3	20,546	34	8,753	,000
Küresel Sağlık Güvenliği Endeksi	449,981	3	25,202	34	17,855	,000
Kamu Sağlık Harcamasının GSYH İçindeki Payı	32,545	3	13,800	34	2,358	,000
Kamu Sağlık Harcamasının Toplam Kamu Harcamasının İçindeki Payı	400,629	3	26,642	34	15,037	,058

*p<0,10

Tablo 17 ile Tablo 18'de 38 OECD ülkesinin hangi kümelere dağılım gösterdiği ve küme üyelikleri uzaklıkları yer almaktadır.

Tablo 17: K-Ortalama Kümeleme Analizine Göre OECD Ülkelerinin Küme Üyelikleri ve Uzaklıkları

OECD Ülkeleri	Küme	Uzaklık	OECD Ülkeleri	Küme	Uzaklık
Avustralya	1	10,434	Japonya	3	6,832
Avusturya	1	9,234	Kore	1	5,565
Belçika	3	7,538	Letonya	3	7,611
Kanada	1	5,512	Litvanya	3	7,592
Şili	4	7,521	Lüksemburg	4	10,484
Kolombiya	4	5,279	Meksika	4	9,486
Kosta Rika	4	15,948	Hollanda	1	6,188
Çekya	3	9,945	Yeni Zelanda	3	11,610
Danimarka	3	7,995	Norveç	3	4,953
Estonya	3	10,462	Polonya	4	6,776
Finlandiya	3	14,590	Portekiz	2	6,333
Fransa	1	10,711	Slovakya	4	5,344
Almanya	1	3,842	Slovenya	1	8,319
Yunanistan	2	12,218	İspanya	1	9,121
Macaristan	4	6,806	İsveç	3	8,544
İzlanda	3	11,927	İsviçre	3	10,238
İrlanda	3	13,971	Türkiye	4	5,506

İsrail	2	7,618	Birleşik Krallık	1	5,616
İtalya	2	3,909	ABD	1	10,982

Tablo 18: OECD Ülkelerinin Küme Sonuçları

Küme 1	**Küme 2**	**Küme 3**	**Küme 4**
Avustralya	Yunanistan	Belçika	Şili
Avusturya	İsrail	Çekya	Kolombiya
Kanada	İtalya	Danimarka	Kosta Rika
Fransa	Portekiz	Estonya	Macaristan
Almanya		Finlandiya	Lüksemburg
Kore		İzlanda	Meksika
Hollanda		İrlanda	Polonya
Slovenya		Japonya	Slovakya
İspanya		Letonya	Türkiye
Birleşik Krallık		Litvanya	
ABD		Yeni Zelanda	
		Norveç	
		İsveç	
		İsviçre	

Tablo 19'da son küme merkezlerine ait değerler küme gruplarında yer alan ülkelerin sağlık krizi ile mücadelede potansiyellerini ifade eden ortalama değerleri mevcuttur. Bu tabloda sınırlama ve sağlık endeksi, toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksi, demokrasi endeksi, ekonomik özgürlük endeksi, küresel sağlık güvenliği endeksi, kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamalarının içindeki payı değişkenlerinin 4 kümede yer alan ülkelerin ortalamaları görülmektedir. Analizde kullanılan değişkenlerin değer ortalamalarından hareketle salgınla mücadele başarı potansiyellerine göre birinci kümede yer alan ülke grubu "yüksek potansiyelli"

ülkeler olarak gruplanmıştır. İkinci kümede yer alan ülke grubu "orta üst potansiyelli" ülkeler, üçüncü küme grubunda yer alan ülkeler "orta alt potansiyelli" ülkeler, dördüncü küme grubunda yer alan ülkeler ise "düşük potansiyelli" ülke grubu içinde yer aldığı tespit edilmiştir.

Tablo 19: Son Küme Merkezleri

Değişkenler	Kümeler			
	1	2	3	4
Sınırlama ve Sağlık Endeksi	64,679	72,838	56,311	58,823
Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi	,0696	,0757	,0697	,2293
Demokrasi Endeksi	8,343	7,813	8,506	6,768
Ekonomik Özgürlük Endeksi	74,13	67,90	76,46	67,78
Küresel Sağlık Güvenliği Endeksi	67,32	53,15	60,21	51,20
Kamu Sağlık Harcamasının GSYH İçindeki Payı	8,505	6,641	7,277	4,913
Kamu Sağlık Harcamasının Toplam Kamu Harcamasının İçindeki Payı	16,990	12,462	15,972	13,641

Birinci kümede yer alan ülkelere ait değişkenlerin değer oratlamalarına göre sınırlama ve sağlık endeksi orta üst düzeyde bir potansiyele sahiptir. Dört küme içinde sınırlama ve sağlık endeksi yüksek olan ikinci ülke grubudur. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en düşük olduğu, demokrasi endeksinin yüksek, ekonomik özgürlük endeksinin yüksek ve küresel sağlık güvenliği endeksinin yüksek olduğu ülkelerdir. Burada yer alan ülkelerin kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ile kamu sağlık harcamasının toplam kamu harcaması içindeki payının diğer kümelere göre en yüksek düzeyde olduğu buna rağmen salgınla mücadelede üst düzeyde tedbirler almış oldukları görülmektedir. Bu ülke grubu kamu sağlık harcamaları ve sosyo ekonomik açıdan güçlü olmasına rağmen sağlık krizinin yönetilmesinde sınırlama tedbirlerini ikinci en yüksek düzeyde uygulayan ülke grubudur.

İkinci gruptaki ülkeler ekonomik ve sosyal olarak en güçlü olmasa da güçlü olmakla beraber sınırlama ve sağlık endeksinin en yüksek düzeyde olduğu ülkelerdir. Yani COVID-19 ile mücadeleye yönelik tedbirleri en sıkı şekilde uygulayan ülkelerdir. Bu küme grubunda yer alan ülkeler yapılan analiz sonuçlarına göre ekonomik ve sosyal açıdan orta üst potansiyele sahip olduğu tespit edilen ülkelerdir. Kamu sağlık harcamaların kamun harcamaları içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının GSYİH daki payı orta alt düzeyde olan ülkelerin mücadele tedbirlerini en yüksek düzeyde uyguladıkları, bu sebeple sağlık ve sınırlama endeksi en yüksek değerde olan ülkeler olduğu tespit edilmiştir. Bu ülke grubu kamu sağlık harcamaları ve sosyo ekonomik açıdan orta alt düzeyde olmakla beraber buradaki açığa dayalı olarak bu açığı kapatıcı mahiyette sınırlama ve sağlık tedbirlerini en yüksek düzeyde uygulama stratejisini hayata geçirmişlerdir.

Sınırlama ve sağlık endeksi en düşük olan küme grubu üçüncü kümedeki ülkelerdir. Bu gruptaki ülkelede toplumsal cinsiyet eşitsizliği en düşük, demokrasi endeksi yüksek, ekonomik özgürlük endeksi yüksek ve küresel sağlık güvenliği endeksi yüksektir. Bu endeks değerleri söz konusu ülkelerin ekonomik ve sosyal olarak güçlü yapıda olduklarını göstermektedir. Burada yer alan ülkeler kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ile kamu sağlık harcamasının toplam kamu harcaması içindeki payı orta üst düzeyde başka deyişle 1. Gruptaki ülkelerden sonra ikinci sırada yer almıştır. Buna karşılık COVID-19 salgınıyla mücadeleye yönelik sınırlama uygulamaları en düşük olan ülkeledir. Bu ülkelerin sağlık harcamlarının yüksekliği ve güçlü sosyoekonomik yapıya çok güvenerek sınırlayıcı tedbirleri sıkı bir şekilde uygulamadıkları görülmüştür.

Dördüncü küme krizle başatme açısından diğer ülkelere göre en düşük sosyo ekonomik potansiyele sahiptir. Nitekim toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksi diğer gruplara göre en yüksek düzeyde başka deyişle eşitsizlik en yüksek düzeydeyken demokrasi endeksi, ekonomik özgürlük endeksi, küresel sağlık güvenliği endeksi en düşük düzeydedir. Buna dayalı olarak bu gruptaki ülkelerin sağlık kriziyle mücadele potansiyellerinün en kötü durumda olduğu görülmektedir. Bununla birlikte kamu harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı orta alt düzeyde iken kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı da en düşük seviyededir. Bu grupta yer alan ülkelerde sınırlama ve sağlık endeksi değeri orta alt düzeyde olmuştur. Dolayısıyla salgınla mücadelede diğer ülkelere göre en düşük olmasa da düşük performans gösterdikleri görülmüştür. Bu ülke grubu kamu sağlık harcamaları ve sosyo ekonomik açıdan düşük potansiyelli ülke grubudur. COVID-19 salgınıyla ilgili sınırlama uygulamalarını stratejik olarak düşük performansda uygulayan ülke grubudur.

Tablo 20: Son Küme Merkezleri Arasındaki Uzaklık

Kümeler	1	2	3	4
1		18,178	11,993	19,002
2	18,178		19,906	14,343
3	11,993	19,906		12,639
4	19,002	14,343	12,639	

Son küme merkezleri arasındaki uzaklığı gösteren Tablo 20 incelendiğinde birinci küme ile üçüncü kümenin birbirlerine en yakın kümeler (11,993), ikinci küme ile üçüncü kümenin ise birbirine en uzak kümeler (19,906) olduğu görülmektedir.

4.6. OECD Ülkelerinin COVID-19 Pandemisiyle Mücadele Başarısı

Önceki bölümde kullanılan endeksler ve verilere dayalı olarak yapılan kümeleme analizi sonunda dört kümede toplanan OECD ülkelerinin COVID-19 pandemisi ile mücadele bakımından potansiyelleri ve mücadele stratejileri önceki bölümde değerlendirilmiştir. Bu kısımda dört grupta bulunan ülkelerin COVID-19 pandemisi ile mücadele başarısını değerlendirmek üzere her bir grupta ölüm ve vaka sayısı bakımından değerlendirme yapılacaktır.

4.6.1. COVID-19 Pandemisinde Ülkelerin Vaka ve Ölüm Sayılarına Göre Değerlendirilmesi

COVID-19 virüsünün neden olduğu salgının zaman içinde bütün ülkelere hızla yayılması, hasta sayısında yaşanan artış ile beraber büyük çaplı ölümlere sebep olması karşısında ülkeler belli hedefler koymuşlardır. Ülkeler bu hedeflere ulaşmak amacıyla ciddi tedbir kararları almak zorunda kalmışlardır. Bu tedbir ve kısıtlamalar ülkeler bazında farklılık göstermiştir. Bazı ülkeler hastalığa karşı sert önlemler uygularken kimi ülkeler daha yumuşak uygulamalar ortaya koymuştur. Bu da ülkelerin sağlık krizini yönetmede uygulamış olduğu sratejileri göstermektedir. Ortaya çıkan olumsuz sonuçları en aza indirmek amacıyla mücadelede eden OECD ülkelerinin belirlediğimiz dört kümede yer alan ülkeler itibarıyla vaka ve ölüm sayıları Tablo 21'de yer bulan verilere dayalı olarak değerlendirilecektir.

38 OECD ülkesinin COVID-19 vakalarının görülmeye başlandığı tarihten itibaren hem vaka hem de ölüm sayıları takip edilmiştir. Salgın ile mücadelede her ülkenin uyguladığı stratejiler, vaka ve ölüm sayıları üzerinde farklı sonuçlar elde edilmesine neden olmuştur. COVID-19 vaka ve ölüm sayılarına göre yapılan değerlendirme Tablo 21 yardımıyla irdelenmektedir.

38 OECD ülkesinin COVID-19 ile mücadelede iyi ya da kötü bir performans sergilemesinin vaka ve ölüm sayılarına göre irdelenmektedir. COVID-19 pandemisiyle mücadelede vaka sayısı ve ölüm sayısı bakımından en kötü performans gösteren OECD ülkeleri arasında Macaristan, Çekya, Slovakya, Litvanya, ABD, Yunanistan, Birleşik Krallık, Şili, İtalya, Polonya, Slovenya, Letonya, Belçika, Kolombiya, Portekiz, Meksika, İsveç, İspanya, Fransa, Avusturya ve Estonya yer almaktadır.

COVID-19 pandemisiyle mücadelede vaka sayısı ve ölüm sayısı bakımından en iyi performans gösteren OECD ülkeleri arasında İzlanda, Kore, Japonya, Avustralya, Yeni Zelanda ve Norveç yer almaktadır. COVID-19 pandemisiyle mücadelede vaka sayısı ve ölüm sayısı bakımından orta düzeyde performams gösteren OECD ülkeleri arasında Hollanda, Türkiye, Almanya, Kanada, İsrail, İsviçre, Danimarka, İrlanda, Kosta Rika, Lüksemburg ve Finlandiya yer almaktadır.

Tablo 21: OECD Ülkeleri COVID-19 Vaka ve Ölüm Sayıları

Küme 1	**Toplam Vaka Sayısı**	**Toplam Ölüm Sayısı**
Slovenya	1.356.546	7.100
Kanada	4.946.090	59.034
Avusturya	6.081.287	22.542
Hollanda	8.635.786	22.992
Avusturalya	11.853.144	24.414
İspanya	13.914.811	121.760
Birleşik Krallık	24.910.387	232.112
Kore	34.571.873	35.934
Almanya	38.828.995	183.027
Fransa	40.138.560	167.642
ABD	111.820.082	1.219.487
Küme 1 Ortalama	**27.005.233**	**190.549**
Küme 2	**Toplam Vaka Sayısı**	**Toplam Ölüm Sayısı**
İsrail	4.841.772	12.707
Portekiz	5.643.062	28.126
Yunanistan	6.101.379	37.869
İtalya	26.723.249	196.487
Küme 2 Ortalama	**10.827.366**	**68.797**
Küme 3	**Toplam Vaka Sayısı**	**Toplam Ölüm Sayısı**
İzlanda	209.906	229

Estonya	628.070	3.001
Letonya	982.505	6.715
Litvanya	1.397.806	9.897
Norveç	1.509.732	6.638
Finlandiya	1.516.117	11.958
İrlanda	1.734.582	9.491
Yeni Zelanda	2.621.111	5.697
İsveç	2.754.129	27.407
Danimarka	3.183.756	8.814
İsviçre	4.453.053	14.452
Çekya	4.759.041	43.517
Belçika	4.861.695	34.376
Japonya	33.803.572	74.694
Küme 3 Ortalama	**4.601.077**	**18.349**
Küme 4	**Toplam Vaka Sayısı**	**Toplam Ölüm Sayısı**
Lüksemburg	391.232	1.232
Kosta Rika	1.238.883	9.428
Slovakya	1.877.605	21.224
Macaristan	2.230.232	49.048
Şili	5.384.853	64.497
Kolombiya	6.400.173	143.200
Polonya	6.661.991	120.598
Meksika	7.702.809	334.958
Türkiye	17.232.066	102.174
Küme 4 Ortalama	**5.457.760**	**94.040**

Kaynak: Worldometers (2024), https://www.worldometers.info/coronavirus/ Erişim Tarihi: 03.06.2024

Hiyerarşik olmayan kümeleme analizi ile elde edilen küme sonuçları ile günümüze kadar gerçekleşen vaka ve ölüm oranlarının performans sonuçlarını karşılaştırdığımızda, küme ortalamalarına göre vaka ve ölüm ortalamalarına göre en kötü performans gösteren küme birinci küme en iyi performansı gösteren üçüncü küme olduğu görülmektedir.

Birinci kümede yer alan ülkeler sağlık krizi ile mücadele kapasitesi en yüksek olan, kamu sağlık harcamalarının GSYİH deki payı ile sağlık harcamalarının kamu harcamaları içindeki payı diğer kümelere göre en yüksek düzeyde olduğu, buna rağmen salgınla mücadelede orta üst düzeyde tedbirler almış oldukları tespit edilmiştir. Bu grupta yer alan ülkelerdeki vaka ve ölüm sayıları en az olması dolayısıyla sağlık krizi ile mücadelede en iyi performansı gösteren ülke grubu olması beklenirken en kötü performansa sahip ülke grubu olmuştur. Bu gruptaki ülkelerden ABD tüm OECD ülkeleri içinde ölüm sayısı ve vaka sayısı en yüksek olan ülkedir. Bu durumun ortaya çıkmasında ABD merkezi yönetiminin salgını önemsememesi hatta yok sayması önemli rol oynamışıtr.

Sınırlama ve sağlık endeks değeri en yüksek olan ülkeler ikinci grupta yer almaktadır. Bu küme grubunda yer alan ülkeler orta üst potansiyele sahip ülkeler olarak sınıflandırılmıştır. Kamu sağlık harcamaların kamu harcamaları içindeki ve GSYİH'ye oranla payı orta alt düzeyde olan ülkelerin mücadele tedbirlerini en yüksek düzeyde uyguladıkları, bu sebeple sağlık ve sınırlama endeksi en yüksek değerde olan ülkeler olduğu tespit edilmiştir. Bu gruptaki ülkelerin COVID-19 ile mücadele başarısı bakımından vaka ve ölüm sayıları ele alındığında, bu kümede yer alan ülkelerin en az vaka ve ölüm sayılarına sahip iyi performans gösteren ülke grubu olması beklenirken, performanslarının orta alt düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Sınırlama ve sağlık endeksi en düşük olan küme grubu üçüncü kümedeki ülkelerdir. Bu ülkeler kısıtlamaların uygulamasında etkililiği düşük olan ülkelerdir. Burada yer alan ülkeler kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ile kamu sağlık harcamasının toplam kamu harcaması içindeki payı diğer kümelere göre ikinci yüksek düzeyde (orta üst düzey) olmasına rağmen COVID-19 salgınıyla ilgili sınırlama uygulamalarını en düşük düzeyde gerçekleştirmişlerdir. Bu küme grubunda yer alan ülkelerin vaka ve ölüm oranları bakımından en kötü performans göstereceği beklenirken en iyi performansa sahip ülke grubu olarak tespit edilmiştir.

Dördüncü küme sınırlama ve sağlık endeksi değeri en düşük olan dolayısıyla salgınla mücadelede diğer ülkelere göre en düşük performansı göstermiş olan ülkeler olup aynı zamanda sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranla en düşük seviyede, kamu harcamaları içinde sağlık harcamalarının ise orta alt düzeyde olduğu görülmüştür. Bu grup vaka ve ölüm sayıları bakımından iyi performans gösteren ülke grubu içinde yer almaktadır.

Hiyerarşik olmayan kümeleme analizi ile elde edilen kümelerle, vaka ve ölüm oranları karşılaştırıldığında, analiz sonucunda elde edilen kümelerde yer ülkelerin vaka ve ölüm oranları açısından farklı şekillerde gruplandığı görülmüştür. OECD ülkelerinin kamu sağlık harcamaları ve sosyo-ekonomik göstergelerinden hareketle sağlık krizi ile mücadele etme potansiyelinin irdelenmesinde kullanılan değişkenler ile elde edilen sonuçların vaka ve ölüm oranları ile örtüşmediği görülmüştür. Bu durumu etkileyen birçok faktör vardır. Ülke liderlerinin pandemiye bakışı, ülkelerin demografik yapısı, genç ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı, internet okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı, yerel yönetim ile merkezi yönetim arasındaki kopukluk, ülkelerin hem ulusal hem de uluslararası kurumlar düzeyinde koordinasyon kapasitesi gibi faktörler sağlık krizini yönetme sürecinde etkili olmuştur.

SONUÇ

İnsanoğlunun temel hakları arasında yer alan sağlık, sadece fiziksel iyiliği değil aynı zamanda ruhsal açıdan da iyi olma halini ifade etmektedir. Sağlık konusu yapı itibariyle sadece bireyi değil toplumu da ilgilendiren önemli bir konudur. Bireylerin daha iyi koşullarda refah içinde yaşaması aynı zamanda kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmeti alması toplum sağlığı açısından da gereklidir. Bir toplumun sağlık düzeyinin artırılması sosyal, kültürel, ekonomik ve çevresel alanlardaki gelişmeler için önemli bir itici güçtür. Bireylerin sağlığı ile toplum sağlığı arasındaki sıkı ilişkinin olması, devletin sağlık hizmetleriyle ilgili konularda görevlerinin arttığı görülmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunun eksiksiz, kaliteli ve sürdürülebilir bir şekilde gerçekleşmesi ülke gelişimi açısından da gerekmektedir. Çünkü ödeme gücü olmayan bireylerin hastalıkla ilgili tedavisi devlet tarafından yapılmadıkça, ödeme gücü yerinde olan bireylerin sağlık durumları olumsuz etkilenebilmektedir. Devlet müdahalesi ile hastalıkların kontrol altında tutulması toplumun hayat kalitesini artırmak anlamına gelecektir. Bunun için ülkeler tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerini devlet müdahalesi ve düzenlemesi ile yerine getirmektedir.

Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan daha sonrasında tüm dünyayı saran küresel bir salgın haline gelen COVID-19 virüsüne bağlı gerçekleşen hastalık, sağlığın önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Özellikle sağlık alanında yaşanan aksaklıklar, sağlık politikalarının tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini göstermiştir. Pandemi ile mücadelede ülkeler sağlık alanındaki aksaklıkların giderilmesinin yanında sosyal ve ekonomik krizlerle de karşı karşıya kalmıştır. Bunun için ülkeler salgın ile mücadelede çeşitli stratejiler uygulamıştır. Gelecekte karşılaşılabilecek salgınlarda toplumsal refahı sağlamak amacıyla sağlık sistemlerinin daha dayanıklı hale getirilmesinin gerekliliğini görülmüştür.

Ülkelerin salgınla mücadelede etkili politikaların hayata geçirmesine yardımcı olacak ilk durum kaynakların artırımı ya da mevcut kaynakların daha verimli kullanılmasıdır. Bunun dışında halkın salgın hakkında yeteri kadar doğru bilgiye ulaşıp ulaşmadığı da önemlidir. Çünkü halkın endişe ve korku ile yanlış yapması sağlık alanındaki krizi derinleşmesine neden olacaktır. Uygulanması gereken sınırlama ve sağlık önlemelerinin ülke yönetimleri tarafından endişe ve korkuyu azaltacak biçimde hayata geçirmesi salgınla mücadelede önemli bir adımdır. Yaşanan salgın hastalık sadece ulusal boyutta sağlığı tehdit etmemektedir. Küresel önlemlerin alınması ve ortak politikaların uygulanmasıda ülke performanslarını etkileyen durumlar arasında yer almaktadır.

Ayrıca ülkeler salgın karşısında potansiyel yönetsel becerilerini gözden geçirme olanağı bulmuşlardır. Salgının halk arasında hızlı bir şekilde yayılması, hastalığa karşı alınan ve uygulanan tedbirlerin sıkı olmasını gerektirmiştir. Bu durumun nedeni ülkeler için önceliğin hastalığın önlemesi ve

kontrol altına alınmasıdır. Salgın hastalıklara karşı ülkelerin mücadele kapasitesini gösterecek olan da toplumun kaliteli ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti alabilmesidir. Ülkelerin sosyo-ekonomik durumunun yanında kamu sağlık harcamalarının COVID-19 ile mücadelede ülke performansını ne ölçüde etkilediğinin incelenmesi gelecekte yaşanacak salgınlar için yol gösterici olacaktır. Bulaşıcılık katsayısındaki artışların durdurulmasında uygulanan stratejiler ülkelerin bir nevi salgınla baş etme potansiyelini ortaya koyacaktır. Ayrıca kamu sağlık harcamalarının sağlık krizi ile mücadele kapasitesinin değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır.

Ülkelerin sağlık sitemlerinin etkinliklerinin artırılması, sağlık çıktılarının korunması ve geliştirilmesi için yapılan sağlık harcamalarının önemi literatürde yapılan çeşitli çalışmalar ile vurgulanmaktadır. Sağlık harcamalarının sürekli artış trendinde olduğu yapılan çalışmalarla görülmektedir. Ülkelerin salgınla mücadelesini gösteren temel unsur etkin bir sağlık harcaması yapıp yapmadığıdır. Kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmetlerine ulaşılmasında önemli olan sürdürülebilir bir sağlık harcamaları politikalarının uygulanabilirliğidir. Özellikle dünya nüfusunun hızla yaşlanmasıyla yaşlı nüfus oranındaki artış, doğumda beklenen yaşam süresindeki artış, kentsel yaşamdaki nüfus artış, teknolojik gelişmeler, işsizlik oranındaki artış ve enflasyon artışı gibi durumlar sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerdir. Salgın ile oluşan sağlık krizinin yönetimi için gerekli olan finansmanın devlet bütçesinden ayrılan payının bu faktörler gözönüne alınarak düzenlenmesi halk sağlığının korunması için önem arz etmektedir.

Bu çalışmada OECD ülkelerinin öncelikle COVID-19 virüsüne bağlı meydana gelen salgın hastalık ile mücadele etme performansını yansıtacak değişkenler üzerinden sınıflandırarak ülkelerin pandemiye karşı izledikleri stratejiler yönünden aralarında farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Diğer bir deyişle OECD ülkelerinin olası bir sağlık krizini yönetme kapasitesi ve buna bağlı stratejilere yönelik bir kümeleme analizinde kaç gruba ayrılacağı ve hangi ülkelerin aynı grupta yer alacağı incelenmiştir.

Literatürde COVID-19 salgını ile mücadelede eden ülkelerin performansları üzerine yapılmış birçok çalışma yer almaktadır. Bunlardan farklı olarak çalışmamızda; vaka sayısı, ölüm sayısı, hastane yatak sayısı, doktor sayısı gibi değişkenlerinin dışında, salgının yayılımında uygulanan koruma politikalarını içeren ve sosyo-ekonomik değişkenler kullanılmıştır. Uygulanan analiz ile gruplara ayrılan ülkelerin hem COVID-19 vaka ve ölüm sayılarının durumu hem de kamu sağlık harcamalarının sağlık kriziyle mücadele etme kapasitesi karşılaştırılmıştır.

Çalışma kapsamında k-ortalama tekniği ile elde edilen kümeleme analizi sonuçlarına göre, OECD ülkelerinin sosyo-ekonomik ve kamu sağlık harcamaları açısından gruplanmasında kullanılan sınırlama ve sağlık endeksi, toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksi, demokrasi endeksi, ekonomik özgürlük endeksi,

küresel sağlık güvenlik endeksi ile kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı etkili bulunmuştur.

OECD ülkelerinin sağlık krizi ile mücadele etmede yani krizi yönetme kapasitesi açısından dört küme elde edilmiştir. Birinci kümede 11 ülke (Avustralya, Avusturya, Kanada, Fransa, Almanya, Kore, Hollanda, Slovenya, İspanya, Birleşik Krallık, ABD); ikinci kümede 4 ülke (Yunanistan, İsrail, İtalya, Portekiz); üçüncü kümede 14 ülke (Belçika, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, İzlanda, İrlanda, Japonya, Letonya, Litvanya, Yeni Zelanda, Norveç, İsveç, İsviçre); dördüncü kümede 9 ülke (Şili, Kolombiya, Kosta Rika, Macaristan, Lüksemburg, Meksika, Polonya, Slovakya, Türkiye) yer almıştır.

Birinci küme sağlık krizini yönetme kapasitesi açısından yüksek potansiyelli (sınırlama ve sağlık endeksi yüksek, toplumsal cinsiyet eşitsizliği en düşük, demokrasi endeksi en yüksek, ekonomik özgürlük endeksi yüksek, küresel sağlık güvenliği endeksi en yüksek, kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payı en yüksek ve kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı en yüksek) sahip ülke grubudur. Güçlü bir sosyo-ekonomik yapıya sahip, kamu sağlık harcamaları açaısından OECD ortalaması üzerinde olan ülke grubunun tedbirli davranış gösterdiği görülmüştür.

İkinci küme sağlık krizini yönetme kapasitesi açısından orta üst potansiyele (sınırlama ve sağlık endeki en yüksek, toplumsal cinsiyet eşitsizliği orta, demokrasi endeksi orta, ekonomik özgürlük endeksi orta, küresel sağlık güvenliği endeksi orta, kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payı en düşük ve kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı orta) sahip ülke grubudur. Güçlü bir sosyo-ekonomik yapıya sahip olmayan, kamu sağlık harcamaları açısından OECD ortalamasının altında olan ülke grubunun, sınırlama ve sağlık endeksinin yüksek olması tedbirli davranış gösterdiğini ifade etmektedir.

Üçüncü küme sağlık krizini yönetme kapasitesi açısından orta alt potansiyeli (sınırlama ve sağlık endeki orta, toplumsal cinsiyet eşitsizliği düşük, demokrasi endeksi en yüksek, ekonomik özgürlük endeksi en yüksek, küresel sağlık güvenliği endeksi yüksek, kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payı yüksek ve kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı yüksek) olan ülke grubudur. Kamu sağlık harcamaları bakımdan ikinci en iyi düzeye sahip ülkeler olmasına rağmen sınırlama ve sağlık endeksinin en düşük düzeyde olan ülke grubudur.

Dördüncü küme sağlık krizini yönetme kapasitesi açısından en düşük düzeyde bir performansa (sınırlama ve sağlık endeki en düşük, toplumsal cinsiyet eşitsizliği en yüksek, demokrasi endeksi düşük, ekonomik özgürlük endeksi düşük, küresel sağlık güvenliği endeksi düşük, kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payı orta ve kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı düşük) sahip ülke grubudur. Güçlü bir sosyo-ekonomik yapıya sahip olmayan, kamu sağlık harcamaları

açısından OECD ortalamasının altında olan ülke grubunun, sınırlama ve sağlık endeksinin düşük olduğu ülke grubudur.

OECD ülkelerinin sosyo ekonomik ve kamu sağlık harcamalarının sağlık krizi ile mücadele kapasitesi yönünden salgın sürecinde ortaya koydukları performansın güçlü ve zayıf olma durumlarının tedbirli davranıp davranmadıklarına göre değiştiği gözlemlenmiştir. Kamu sağlık harcamaları açısından istikrarlı bir artış trendinde olan birinci kümedeki ülke grubunun güçlü olmasına rağmen tedbiri bırakmadığı ve sıkı önlemler aldığı görülmüştür. Ancak aynı durumda olan üçüncü küme grubundaki ülkeler ise fazla tedbirli davranmadıkları gözlemlenmiştir. Bu da ülkelerin salgını ne ölçüde ciddiye aldıklarını göstermektedir. Salgın ile mücadelede kamu sağlık harcamalarının durumunun OECD ortalamasının altında yer alan ikinci ve dördüncü kümedeki ülkelerin durumuda uyguladıkları stratejilerden dolayı farklıdır. Özellikle kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının düşük olduğu dördüncü küme ülkelerin salgın ile mücadelede uyguladıkları sıkılık stratejilerin düşük potamnsiyelli olduğu görülmüştür. İkinci kümede yer alan ülkelerin dördüncü kümede yer alan ülkeler gibi OECD ortalamasının altında yer almasına rağmen ciddi anlamda sıkı tedbirler uygulamışlardır.

Hiyerarşik olmayan kümeleme analizi ile elde edilen kümelerle, vaka ve ölüm oranlarını karşılaştırdığımızda, analiz sonucunda elde edilen kümelerde yer ülkelerin vaka ve ölüm oranları açısından farklı şekillerde gruplandığı görülmüştür. OECD ülkelerinin kamu sağlık harcamaları ve sosyo-ekonomik göstergelerinden hareketle sağlık krizi ile mücadele etme potansiyelinin irdelenmesinde kullanılan değişkenler ile elde edilen sonuçların vaka ve ölüm oranları ile örtüşmediği görülmüştür. Bu durumu etkileyen birçok faktör vardır. Ülke liderlerinin pandemiye bakışı, ülkelerin demografik yapısı genç ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı, internet okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı, yerel yönetim ile merkezi yönetim arasındaki kopukluk, ülkelerin hem ulusal hem de uluslararsı kurumlar düzeyinde koordinasyon kapasitesi gibi faktörler sağlık krizini yönetme sürecinde etkili olmuştur.

COVID-19 salgınında farklı sonuçların ortaya çıkmasında; teşhis sürecinde, test uygulanmasında, karantina sürecinde, temaslı kişi takibinde, özel gereksinimli bireyler ile yaşlı bakımındaki uygulanan politikaların farklı şekillerde uygulanmasından da kaynaklanmaktadır. Salgının yayılım hızının azalması amacıyla evde kalma politikası işlerin ev ortamında yürütülmesi dijitalleşmenin, internet alt yapsısının ve mobil iletişiminin önemini göstermiştir. Devlet tarafından yapılan harcamaların çoğunluğunun sağlık alanında olması gerekirken diğer alanlara ait alt yapılarının güçlenmesi için kullanılması da ülkelerin sağlık krizindeki performansını farklılaştırmıştır.

Toplum sağlığının sağlanması amacıyla her bireye asgari koşullarda sağlık hizmetinin sunulması özellikle salgın hastalıkların kontrol altına alınmasında önem arz eden bir durumdur. Hastalığın tanı ve

tedavisinde gerekli malzemenin sağlanması için ihtiyaç duyulan finansamanın devlet bütçesinde gerçekleşmesi sağlık sistemlerinin etkinliğini destekleyecektir.

Bu salgında, ülkelerin ekonomik alt yapılarının iyi olmasının yanında etkin bir kriz yönetimine sahip olunmasının da salgınla mücadelede önem arz ettğini göstermiştir. Hem ulusal hem de uluslarası koordinasyonun sağlanabildiği, internet ve mobil iletişim ağlarının her alanda etkili bir şekilde kullanılmasının önemi görülmüştür. Ayrıca kamunun sağlık alanında gelecekte yaşanabilecek salgınlara karşı sürdürülebilir ve istikrarlı kamu sağlık harcamaları politikaları uygulamasının önemi anlaşılmıştır.

COVID-19 pandemisi ülkelerin sağlık sistemleri üzerinde büyük yük oluşturmuştur. Bu yükü hafifletmede ülke kaynaklarının sağlık sisteminin altyapısını oluşturan hastane, ekipman, doktor ve hemşire sayılarının büyük önem taşıdığı ortaya koyulmuştur. Bu da söz konusu ülkelerin gelecekte karşılaşabilecekleri salgınlara karşı mücadelede izleyecekleri stratejilerinin temelini oluşturacaktır. Bu noktada bu ülkelerin özellikle küresel sağlık güvenlik endeksi gibi raporları dikkate almaları önem kazanmıştır. Ayrıca toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksi göstergesi temelinde tüm ülkelerde kadın, çocuk ve özel eğitim ihtiyacına sahip bireylere de salgınlarda devlet bütçesinden finanse edilen sağlık politikaları uygulamalarından yararlanabilmelerinin de önemi anlaşılmıştır.

Elde edilen analiz sonuçlarında; kişi başına kamu sağlık harcamaları yüksek olan ülkelerin COVID-19 mücadelesinde uyguladığı stratejilerde iyi bir performans gösteremedikleri görülmüştür. Buna rağmen kişi başına kamu sağlık harcaması iyi olmayan ülkelerin ise COVID-19 mücadelesinde uyguladığı stratejiler açısından iyi bir performans gösterdiği tespit edilmiştir. Bu doğrultuda yapılan kamu sağlık harcamalarının kapasitelerinin etkin bir şekilde kullanımının önemi ortaya konmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda politika uygulayıcılarına getirilebilecek bazı öneriler bulunmaktadır. Ayrıca çalışmanın literatüre sağlayacağı katkıya yönelik bazı değerlendirmeler yapılmıştır.

Ülkelerin coğrafi konumlarından hareketle salgına karşı bulaşıcılığı engellemeye yönelik sıkılık önlemlerinin ciddi şekilde uygulanması, hastalığın tanı ve tedavi için gerekli olan test politikalarının uygulanabilir olması, salgın için gerekli olan tibbi malzemenin temini, ayrılan kaynağın etkin bir şekilde bu alanda kullanılması ve kamu sağlık harcamalarının sağlık kriziyle mücadeledeki kapasitesinin salgın alanında iyi bir şekilde organize edilmesi önerilmektedir.

COVID-19 pandemisi ülkelere iyi bir internet alt yapısının olması gerekliliğini göstermiştir. Sağlık alanında etkin bir dijitalleşme alt yapısının olması acil olmayan ancak tedavi sürecinde olan hastaların durumunun kötüleşmesini engelleyecektir. Devletin sağlık alanında yapacak olduğu alt yapı harcamalarının bu yönle dikkate alınması tavsiye edilmektedir.

Salgın bireyler üzerinde ruhsal açıdan da olumsuzluklar meydana getirmiştir. Bu durumun tedavi edilmesi için gerekli bir alt yapının olmaması ülkelerin sağlık sistemlerinin eksikleri arasında yer almıştır. Devletin uygulayacağı sağlık politikaları arasında bu yönde bir kaynak ayırımına gidilmesinin önemle üzerinde durulmalıdır.

Salgınlar karşısında ülkelerin stratejilerinin karşılaştırılmasında bu çalışmada kullanılan değişkenlerin dışında mücadeleyi temsil edecek farklı değişkenlerin yeni çalışmalar ile belirlenmesi ve yeni değişkenlerin de eklendiği analizler ile karşılaştırmalarının yapılması önem arz edecektir. Ayrıca literatürde yapılan çalışmalarda ülkelerin pandemi ile mücadele etme performans ve stratejilerini karşılaştırmak amacıyla kullanılan değişkenlerin bir standardının olmadığı görülmüştür. Gelecekteki salgın hastalıklara karşı bir politika oluşturabilmek adına pandemiyi ilgilendiren değişkenlerin bir standardının oluşturulması da önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Acemoglu, D., Finkelstein, A., ve Notowidigdo, M. J. (2009), "Income and Health Sending: Evidence From Oil Price Shocks", Working Paper, 14744, http://www.nber.org/papers

Acemoğlu, D., Robinson, J. A. (2018), *Ulusların Düşüşü, Güç, Zenginlik ve Yoksulluğun Kökenleri* (32. Baskı) İstanbul: Doğan Yayıncılık.

Ahn, D.G., Shin, H.J., Kim, M.H., Lee, S., Kim, H.S., Myoung, J., ... Kim, S.J. (2020), "Current Status of Epidemiology, Diagnosis, Therapeutics, and Vaccines For Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)", *J Microbiol Biotechnol*, 30, 313-324. https://doi.org/10.4014/jmb.2003.03011, https://www.jmb.or.kr/journal/view.html?doi=10.4014/jmb.2003.03011 Erişim Tarihi: 12.11.2021.

Akdur, R. (2006), *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum* (2. Baskı), Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Alex, B., Engelmann, L., Walker, I., Grover, C., Tobin, R., Bennett, M., Casey, A. (2021), "Plague Dot Text: Text mining and annotation of outbreak reports of the Third Plague Pandemic (1894-1952)", *Journal of Data Mining & Digital Humanities*, https://jdmdh.episciences.org/7105

Alkaya, A., Alkaş, C. (2021), "OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergelerine Göre Kümeleme Analizi Sınıflaması", *Sosyal Güvence*, 19: 427-474. doi: 10.21441/sosyalguvence.1050881

Allin, S., Busse, R., vd. (2006), "Health Systems in Transition Template", Mossialos, E., Allin, S., Figueras, J. (Ed), *European Observatery on Health Systems and Policies.*

Alptekin, N., Yeşilaydın, G. (2015), "OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergelerine Göre Bulanık Kümeleme Analizi İle Sınıflandırılması", *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 7/4: 137-155.

Alpugan, O. (1984), *Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi*, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ord. Prof. Şükrü Baban' a Armağan, 133-160.

Altay, A. (2007), "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", *Sayıştay Dergisi*, 64: 33-58.

Alu, A. (2017), "Sağlığın Temel Kavramları," *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(2), 32-41.

Amiri, M. M., Kazemian, M., Motaghed, Z., Abdi, Z. (2021), "Systematic Review Of Factors Determining Health Care Expenditures", *Health Policy and Technology*, 10(2), 100498. doi.org/10.1016/j.hlpt.2021.01.004

Anand S. , Ravallion M.(1993), "Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services", *Journal of Economic Perspectives*,7/1:133–150.

Arı, H. O. (2018), *Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Ulusal Sağlık Hesapları Sonuçlarının Genel Değerlendirmesi 1999-2016* (1. Baskı), Ankara: Türkiye Sağlık Politikası Enstitüsü.

Arrow, K.J.(1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review,* 53/5:941-973.

Artvinli, F. (2020), "Salgınların Tarihi: Toplumsal Ve Siyasal Açıdan Kısa Bir Bakış", Türk Tabipler Birliği COVID-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part9.pdf Erişim Tarihi:10.02.2022

Aslan, H. (2021), "Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Fonksiyonları", Aslan, H., Aslan Çetin, E., Top, M. (Ed.), *Sağlık Ekonomisi,* Ankara: Siyasal Kitabevi: 311-325.

Aslan, M., Aslan, H. K. (2008), "Maliyet Hastalığı Hipotezi: Türkiye'de Kamu ve Özel Sektör Ücretleri Üzerine Bir Uygulama", *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* 22:1-22.

Aslan, R. (2020), "Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve COVID-19 ", *Göller Bölgesi Aylık Ekonomi ve Kültür Dergisi,* 8 (85), 36-41.

Ateş, M. (2013), *Sağlık İşletmeciliği* (2. Baskı), İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.

Atlay, A. (2007), "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", *Sayıştay Dergisi,* (64), 33-58.

Ayati, N., Saiyarsarai, P., Nikfar, S. (2020), "Short and Long Term Impacts of COVID-19 on the Pharmaceutical Sector", *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences,* 28, 799-805.

Aydın J.C., Akyürek, Ç.E. (2021), Sağlık Harcamaları, Aslan, H. , Aslan, Ç. E. ,Top, M..(Ed.), *Sağlık Ekonomisi,* Ankara: Siyasal Kitabevi: 250-262.

Bahar, Z., Dilay, A. (2014), "Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7/1:59-67.

Ball, J. ve Diğerleri (2020), "Collateral Damage: Hidden Impact of the COVID-19 Pandemic on the Out-Of-Hospital Cardiac Arrest System-Of-Care", Resuscitation, 156, http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.09.017.

Baltacı, A. (2020), Sağlık Hizmetlerinde Stratejik Plan, Ankara: SEGA Matbacılık. https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=e07cDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=Baltac%C4%B1,+A.+(2020),+Sa%C4%9Fl%C4%B1k+Hizmetlerinde+Stratejik+Plan,+Ankara:

+SEGA+Matbac%C4%B1l%C4%B1k.+&ots=J1xys6fgqZ&sig=McttUbF2oY-RUO6gub2mhueUdXs&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false Erişim Tarihi:12.11.2022.

Başol, E., Işık, A. (2015), "Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler", *International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal*, 2/2: 1-26.

Batırel, Ö. (2012), "Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansmanı Konusunda Yeni Yaklaşımlar", *Maliye Araştırma Merkezi Konferansları*, 34:16-25.

Belli, P., Shahriari, H. (2002), Qualitative Study on Informal Payments for Health Services in Georgia, World Bank, Washington, DC.

Bilgili, E. , Ecevit, E. (2008), "Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*,11/2:215.

Blockmans, W. (1980), "The Social and Economie Effects of Plague in The Low Countries: 1349-1500", *Revue belge de philologie et d'histoire*, *58*/4: 833-863.

Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., Rothgang, H. (2013), "Five Types of OECD Healthcare Systems: Empirical Results Of A Deductive Classification", *Health Policy*, 113/3: 258-269.

Bramanti B, Dean, KR., Walløe, L., Chr. Stenseth N. (2019), "The Third Plague Pandemic in Europe", Proc. R. Soc. B 286: 20182429. http://dx.doi.org/10.1098/rspb.2018.2429

Bui, A. L., Lavado, R. F., Johnson, E. K. (2015), "National Health Accounts Data From 1996 To 2010: A Systematic Review", *Bulletin Of The World Health Organization*, 93: 566-576.

Bulut, H. (2023), R Uygulamaları ile Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler, (2. Baskı), Ankara: Nobel Yayınları.

Bülbül, Ş., Camkıran, C. (2022), "Kümeleme Analizi", Yakut Giray, S., Karaca Altaş, D.(Ed.), Sosyal Bililmler İçin Çok Değişkenli İstatiksel Teknikler STATA, SPSS ve R Uygulamaları, Nobel Yayıncılık: 173-198.

Byrne, J. P., Hays, J. (2021), *Epidemics and Pandemics from Ancient Plagues to Modern-Day Threats*, ABCCLIO, LLC, United States of America: California

Callahan, D. (1973), "The WHO Definition Of 'Health'", *Hastings Center Studies*, 77-87.

Cantarero, D., Lago-Peñas, S. (2010), "The Determinants of Health Care Expenditure: A Reexamination", *Applied Economics Letters*, 17/7: 723-726, DOI:10.1080/13504850802314437

Cascella, M., Rajnik, M., Aleem, A., Dulebohn, S. C., Di Napoli, R. (2023), *Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19)*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/ Erişim Tarihi: 11.07.2023.

Colmen, W. (2003). *Deadly Diseases and Epidemics : Cholera*, Chelsea House Publishers, New York.

Culyer, A. J.(1971), "The Nature of the Commodity 'Health Care' and Its Efficient Allocation", *Oxford Economic Papers*. 23/2:189-211.

Cylus, J., Thomson, S., Evetovits, T. (2018), "Catastrophic Health Spending in Europe: Equity and Policy Implications of Different Calculation Methods", *Bulletin of the World Health Organization,* 96/9: 599-609.

Çağdaş, Y. (2020). "Koronavirüs (COVID-19) Salgınının Ekonomi ve Kamu Maliyesine Etkilerinin Kümeleme Analizi İle İncelenmesi", *Ekonomi Politika ve Finans Araştırmaları Dergisi*, *5*(Özel Sayı): 137-163. doi: 10.30784/epfad.811203

Çalışkan, G., Sanisoğlu, Y. (2022), "Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörlerin Dinamik Panel Veri Analizi ile İncelenmesi", *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 35: 1-16. https://doi.org/10.18092/ulikidince.935147

Çelebi, A.K. , Cura, S. (2013),"Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri Karşılaştırmalı Bir Analiz", *Maliye Dergisi,* 164: 47-67.

Çelikay, F. , Gümüş, E. (2010), "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11/1: 177-216.

Çetin, M. A., Bakırtaş, İ. (2019), "Does Urbanization Induce the Health Expenditures? A Dynamic Macro-Panel Analysis For Developing Countries", *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* 61: 208-222.

Çetintürk, İ., Gençtürk, M. (2020), "OECD Ülkelerinin Sağlık Harcama Göstergelerinin Kümeleme Analizi İle Sınıflandırılması", *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, *11*/26: 228-244. doi: 10.21076/vizyoner.650681

Çoban, H. (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, Doktora Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.

Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., Büyüköztürk, Ş. (2021), *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları*, (6. Baskı), Ankara: Pegem akademi.

Daştan, İ., Çetinkaya, V. (2015), "OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırılması", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5/1:104-134.

Davis, B. J. , Mcmaster, R. (2017), *Health Care Economics*, New York and London: Routledge.

De Ferranti, D. (1985), "Paying For Health Services In Developing Countries". *World Bank Staff Working Paper*, 721.

Deb, P., Furceri, D., Ostry, J. D., Tawk, N. (2022), "The Economic Effects of COVID-19 Containment Measures", *Open Economies Review*, 33/1:1-32.

Değirmenci, N., Ayan, T. Y. (2020), "OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri Açısından Bulanık Kümeleme Analizi ve TOPSIS Yöntemine Göre Değerlendirilmesi", *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 38/2: 229-241. doi: 10.17065/huniibf.592991

Delardas, O., Kechagias, K. S., Pontikos, P. N., Giannos, P. (2022), "Socio-Economic Impacts and Challenges of the Coronavirus Pandemic (COVID-19): An Updated Review", *Sustainability*, 14/15: 1-13. https://doi.org/10.3390/su14159699 Erişim Tarihi:30.10.2022.

Demirbilek, S., Çolak, M. (2008), "Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği", *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2:91-111.

Demircioğlu, M., Eşiyok, S. (2020), "Covıd–19 Salgını İle Mücadelede Kümeleme Analizi İle Ülkelerin Sınıflandırılması". *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *19*/37: 369-389.

Desai, M. (2003), "Public Goods: A Historical Perspective", Kaul, I, vd. (Ed.), Providing Global Public Goods: Managing Globalization, New York: Oxford University Press, E Book, erişim Tarihi: 12.11.2022.https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=XLcRDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA63&dq=Desai,+M.+(2003).+%E2%80%9CPublic+Goods:+A+Historical+Perspective%E2%80%9D.+Providing+Global+Public+Goods:+Managing+Globalization.+(Eds.)+Kaul,+I.,+Concei%C3%A7%C3%A3o,+P.,+Goulven,+K.+L.+%26+Mendoza,+R.+U.,+New+York:+Oxford+University+Press,+63-77.&ots=90C9m0nha8&sig=sMWdEiqHp0-tudsAwOMUihapaq8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Dessie, Z. and T. Zewotir (2021), "Mortality-Related Risk Factors Of COVID-19 : A Systematic Review and Meta-Analysis Of 42 Studies and 423,117 Patients", *BMC Infectious Diseases*. 21/855. https://doi.org/10.1186/s12879-021-06536-3.

Dever, G. A. (1976), "An Epidemiological Model for Health Policy Analysis", *Social Indicators Research*, 2: 453-466.

Dewar, D. (2017), Essentials of Health Economics, Jones & Bartlett Publishers.

Diamond J. (2003),*Tüfek, Mikrop ve Çelik*, (Çev. Ü. İnce), Ankara: TÜBİTAK Yayınları.

Doetinchem O. , Schramm, B. , Schmidt, J-O. (2006), "The Benefits and Challenges of Social Health Insurance for Developing and Transitional Countries", Laaser U., Radermacher R. (Ed.), *Financing Health Care,* International Public Health Series: 27-43.

Donev, D. (2006), "Health Insurance System and Financing of Health Care in the Republic of Macedonia", *Financing Health Care–A Dialogue between South Eastern Europe and Germany, Eschborn, Bonn: German Organisation for Technical Cooperation (GTZ) and Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ),* 133-154.

Dormont, B., Grignon, M., Huber, H. (2006), "Health Expenditure Growth: Reassessing the Threat of Ageing", *Health Economics*, 15/9: 947-963.

Dündar, N. (2020), Küresel salgınların makroekonomik etkileri üzerine bir araştırma. *Journal of Social and Humanities Sciences Research, 7*/52: 837-852.

Dybczak, K., Przywara, B. (2010), *The Role of Technology in Health Care Expenditure in the EU, Directorate General Economic and Financial Affairs*, Brussels: Economic and Financial Affairs.

Edizdoğan, N., Giray, F. (2007), *Teoride ve Türkiye'de Parafiscal Gelirler* (1. Baskı), Bursa: Ezgi Kitapevi.

Enache, C., Asen, E., Bunn, D., Dehart, J. (2020), Tracking Economic Relief Plans Around the World During The Coronavirus Outbreak. Tax Foundation, https://taxfoundation.org/coronaviruscountry-by-country-responses/#Germany (Erişim Tarihi: 17.05.2021

Ergüt, Ö. (2020), uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikler Kavram-Teori-Uygulama, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Eroğlu, E. (2020), "COVID-19 'un Ekonomik Etkilerinin ve Pandemiyle Mücadele Sürecinde Alınan Ekonomik Tedbirlerin Değerlendirilmesi", *International Journal of Public Finance,* 5(2), 211-236.

Erumut, M. (2015), "Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem", *Sosyal Güvence,* 5:93-126.

Evans, R. G. (2002), "Financing Health Care: Taxation and the Alternatives", Mossials E.,Dixon, A., Kutzin, J., Figueras, J. (Ed.), *Funding Health Care: Options For Europe*, Open University Press, Buckingham: 31-58.

Farag, M., Nanda Kumar, A. K., Wallack, S., Hodgkin, D., Gaumer, G., Erbil, C. (2012), "The Income Elasticity of Health Care Spending in Developing And Developed Countries", *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 12:145-162.

Fernandes, N. (2020), "Economic Effects of Coronavirus Outbreak (COVID-19) on The World Economy", *Different Characteristics of Social Networks for COVID-19 in Europe*, https://ssrn.com/abstract=3557504 Erişim Tarihi: 17.12.2020.

Finelli L., Gupta V., Petigara T., Yu K., Bauer K.A., Puzniak L.A., (2021), "Mortality among US Patients Hospitalized with SARS-CoV-2 Infection in 2020", JAMA Netw Open, 4(4), e216556. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.6556,https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2778237 Erişim Tarihi: 11.07.2022.

Folland, S. , Goodman, A. C. , Stano, M. (2013), *The Economics Of Health And Health Care*, Pearson New International Edition: Routledge.

Frith, J. (2012), "The History of Plague – The Three Great Pandemics", *Journal of Military and Veterans' Health*, 20/2: 11-16.

Fuchs, V. R. (1994), *The Future Of Health Policy* (1. Baskı), London: Harvard University Press.

Gan, L., Gong, G. (2007), "Estimating Interdependence Between Health and Education In A Dynamic Model", Workıng Paper, 12830, http://www.nber.org/papers/w12830 Erişim Tarihi:12.07.2023.

Gençoğlu, P. (2018), "Türkiye'de İllerin Gelişmişlik Düzeyi Dikkate Alınarak Sağlık Hizmetlerinin Kümeleme Analizi Aracılığıyla Değerlendirilmesi", *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 52: 301-324.

Getzen, T. E. (2000), "Health Care is An Individual Necessity and a National Luxury: Applying Multilevel Decision Models to The Analysis Of Health Care Expenditures", *Journal Of Health Economics*, 19/2: 259-270.

Getzen, T. E. (2013), *Health Economics and Financing*, VP & Executive Publisher.

Godfrey, R., Julien, M. (2005), "Urbanisation and Health", *Clinical Medicine*, 5/2: 137.

Goeree, R. , Diaby, V. (2013), "Introduction to Health Economics and Decision-Making: Is Economics Relevant for the Frontline Clinician?", *Best practice & research Clinical Gastroenterology*,

Goniewicz, K., Khorram-Manesh, A., Hertelendy, A. J., Goniewicz, M., Naylor, K., Burkle Jr, F. M. (2020), "Current Response and Management Decisions of the European Union to the COVID-19 Outbreak: A Review", *Sustainability*, 12/9: 1-12.

Goodwin, N. (2017), "National Health Systems: Overview", *International Encyclopedia of Public Health,*:201-214, https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780123739605003117 Erişim Tarihi: 05.02.2022

Gottret, P. E. , Schieber, G. (2006), *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*, World Bank Publications.

Gökalp, F. (2015), Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı. Güvendik, B.(Ed.),*Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları*, Konya: Çizgi Kitabevi,139-156.

Gray, A.(2005), "Population Ageing and Health Care Expenditure", *Ageing Horizons,* 2/1: 15-20.

Gregerson, F. A. (2014), "The Impact of Ageing on Health Care Expenditures: A Study Of Steepening", *The European Journal of Health Economics,* 15/9:979-989.

Guinness, L. , Wiseman, V. (2011), "Markets", Guiness, L. , Wiseman, V.(Ed.), *Introduction to Health Economics,* McGraw-Hill Education (UK).27/6:99-131.

Güleç, D., Yılmaz Işıkhan, S. (2016), "Kümeleme Analizi ile Türkiye ve DSÖ Ülkeleri Resmi Sağlık Birimlerinin Sosyal Medya Kullanımı Açısından Karşılaştırılması", *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi,* 1(3): 36-48.

Gür, L., Kaya D. G. (2020), "Finansman Türüne Göre OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Gelişimi: 1980 Sonrası", *International Journal Of Economics And Politics Sciences Academic Researches*,4/10: 36-52.

Haas-Wilson, D. (2001), "Arrow and the Information Market Failure in Health Care: The Changing Content and Sources of Health Care Information", *Journal of Health Politics, Policy and Law,* 26/5: 1031-1044.

Hall, J. J. ,Taylor, R. (2003), "Health for All Beyond 2000: The Demise of the Alma-Ata Declaration and Primary Health Care In Developing Countries", *The Medical Journal Of Australia,* 178/1:17-20.

Hanvoravongchai, P. (2002), *Medical Savings Accounts: Lessons Learned From International Experience,* Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Harpham, T., Molyneux, C. (2001), "Urban Health in Developing Countries: A Review", *Progress in Development Studies,* 1/2:113-137.

Hays, J. N. (2005), *Epidemics and Pandemics: Their Impacts on Human History*, Bloomsbury Publishing USA.

Hindriks, J. , Myles, G. (2013), *Intermediate Public Economics*, Cambridge: MIT Press.

Hsiao, W. , Heller, P. S. (2007), "What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy?", IMF Working Paper,7/13:4-103.

Hsiao, W. C. (2000), "What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy: A Primer", IMF Working Papers, 136. Erişim Tarihi: 10.11.2022. https://www.elibrary.imf.org/view/journals/001/2000/136/article-A001-en.xml

Huremović, D., (2019), "Brief history of pandemics (pandemics throughout history)", Huremović, D. (Ed.). *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response*, Springer.

Hyman, D. N. (2014), *Public Finance: A Contemporary Application of Theory to Policy,* Cengage Learning.

International Monetary Fund (2021), *Policy Responses to COVID-19* , https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19 Erişim Tarihi: 11.12.2022.

İstanbulluoğlu, H., Güleç, M. , Oğur, R. (2010), "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri", *Dirim Tıp Gazetesi*, 85/2: 86-99.

Jack, W. (1999), "Principles of Health Economics for Developing Countries", WBI Development Studies, Washington D.C.: The World Bank, E Book, Erişim Tarihi:15.05.2022. https://books.google.com.tr/books?id=yHiuMYYgAZoC&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Kaye A., Okeagu C., Pham A., Sılva R., Hurley J., vd. (2021), "Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: international perspectives." Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 35(3): 293-306.

James, C., Mueller, M., Hashiguhi, T.C.O. , Haywood, P. (2022), "Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience.", https://www.oecd-ilibrary.org/sites/1e53cf80-en/1/3/3/index.html?itemId=/content/publication/1e53cf80-en&_csp_=da51eb48eaaeedf7fcdf3f0f2a953149&itemIGO=oecd&itemContentType=book#wrapper Erişim Tarihi:07.06.2023

Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2012), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* (3. Baskı) , Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kazemi-Galougahi, M. H., Dadgar, E., Kavosi, Z., Majdzadeh, R. (2019), "Increase of Catastrophic Health Expenditure while it Does Not Have Socio-Economic Anymore; Finding from a District

on Tehran After Recent Extensive Health Sector Reform", *BMC Health Services Research,* 19/1:1-12.

Ke, X., Saksena, P., Holly, A. (2011), *The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis,* Geneva: World Health Organization.

Keyifli, N. (2021), "Kamu Sağlık Harcamaları ile Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişki: Yüksek Gelirli OECD Ülkeleri Üzerine Bir Değerlendirme", Kızılkaya, F., Dağ, M.(Ed.) *Sağlık Ekonomisinde Teorik ve Uygulamalı Çalışmalar,* Ankara: Gazi Kitapevi.

Kılıç, C. , Kurt, Ü. (2020), "Kentleşmenin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi: Türkiye İçin ARDL Sınır Testi Yaklaşımı", *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,*11/21:290-305.

Kıvanç, M. M. (2015), "Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye'de Sağlık Reformları", *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2/3:162-166.

Kirmanoğlu, H. (2017), Kamu Ekonomisi Analizi (6. Baskı), İstanbul: Beta Yayınevi.

Köse, A. (2022a), "Türkiye'de Sağlık Göstergelerine Göre İstatistik Bölgelerin Kümeleme Analizi İle Sınıflandırılması", *Alanya Akademik Bakış*, 6/2: 2167-2189. doi: 10.29023/alanyaakademik.1021019

Köse, A. (2022b), "OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri Açısından Kümeleme Analizi Yöntemine Göre Değerlendirilmesi", *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, *12*/4: 2010-2021.

Köse, S.D.(2021), Sağlık Hizmetleri Piyasası ve Piyasa Başarısızlığı, Aslan, H. , Aslan, Ç. E. , Top, M.(Ed.), *Sağlık Ekonomisi*, Ankara: Siyasal Kitapevi.

Kringos, D., Carinci, F., Barbazza, E., Bos, V., Gilmore, K., Groene, O. (2020), "Managing COVID-19 Within and Across Health Systems: Why We Need Performance Intelligence to Coordinate a Global Response", *Health Research Policy And Systems*, 18, 1-8.

Kronenberg, C., Barros, P. P. (2014), "Catastrophic Healthcare Expenditure–Drivers and Protection: The Portuguese Case", *Health Policy,* 115/1: 44-51.

Kutzin, J. (2001), "A Descriptive Framework For Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements", *Health Policy*, 56/3:171-204.

Leach, J. (2004), *A Course in Public Economics*, Cambridge University Press. E Book..https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=gEI-pIkI4a8C&oi=fnd&pg=PR14&dq=leach+j.+a+course+in+public+economics&ots=3RM99buP

zs&sig=vObHwlw8dZmhnl9pUi2lM2nFPsU&redir_esc=y#v=onepage&q=leach%20j.%20a%20course%20in%20public%20economics&f=false Erişim Tarihi: 28.05.2022.

Leite, A. M. R., de Almeida Leite, E. M., Ribeiro, H. N. R., Alves, S. R. P., Sardinha, L. F. (2022), "From Bismarck to Beverıdge: Contrıbutıons for the Understandıng of Dıfferent Socıal Securıty Models", *Economic and Social Development: Book of Proceedings*, 255-264.

LeMay, M. C. (2016), *Global Pandemic Threats: A Reference Handbook*, Bloomsbury Publishing USA.

LePan, N. (2020), Visualizing The History Of Pandemics..http://www.shaunmomalley.com/uploads/2/3/7/9/23795323/infographic__the_history_of_pandemics_by_death_toll.pdf, Erişim Tarihi: 30.10.202.

Letunovska, N. Y., Kashcha, M. O., Smiianov, V. A., Yefimenko, A. Y. (2023), Evaluation of Countries Health Systems Effectiveness in the Context of the COVID-19 Pandemic Influence on Macroeconomic Stability. https://doi.org/10.32782/2522-4263/2023-4-3

Light, D. W. (1997), "From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from The British Experience", *The Milbank Quarterly*, 75/3: 297-341

Ligon, B. L. (2006), "Plague: A Review of Its History and Potential as a Biological Weapon", *In Seminars In Pediatric İnfectious Diseases*, 17/3: 161-170.

Madenoğlu, F. S. (2023), "COVID-19 Salgınında OECD Ülkelerinin Kümeleme Analizi: Cluster Analysıs Of OECD Countrıes Durıng The COVID-19 Pandemıc", *Internatıonal Journal Of Economıc And Admınıstratıve Academıc Research (E-ISSN: 2757-959X)*, 3/2: 163-180.

Mariano, M. (2010) "Italy And Sweden: A Comparative Analysis of Financing and Health Services Provision" Master´s Thesis in International Business, Department of Economics and informatics,University West Trollhättan, Sweden.

Marino A., James C., Morgan D., Lorenzoni L.(2017), "Future Trends in Health Care Expendıture: A Modelling Framework for Cross-Country Forecasts", *OECD Health Working Paper*, 95. http://dx.doi.org/10.1787/247995bb-en

Marino, A., Lorenzoni, L. (2019), "The Impact of Technological Advancements on Health Spending: A Literature Review", *OECD Health Working Papers*, 113:1-33, https://doi.org/10.1787/fa3bab05-en

Mathieu, E. Vd. (2021), "A Global Database of COVID-19 Vaccinations", *Nature Human Behaviour*, 5/7: 947-953. https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8 Erişim Tarihi:30.05.2021.

Maynard, A. , Kanavos, P. (2000), "Health Economics: an Evolving Paradigm", *Health Economics*, 9/3: 183-190.

Maynard, A., Scott, A., Elliott, R. (2005*), Advances in Health Economics*, John Wiley & Sons.

McDowell, I., Newell, C. (1987), *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, Oxford University Press.

McDowell, L., Rischin, D., Gough, K., Henson, C. (2022), "Health-Related Quality Of Life, Psychosocial Distress and Unmet Needs in Older Patients with Head and Neck Cancer", *Frontiers in Oncology*, 12, 834068.

McPake, B., Normand, C. (2008), *Health Economics, An International Perspective*. (2. Edition), New York: Routledge.

Meier, M. (2016), "The 'Justinianic Plague': The Economic Consequences of the Pandemic in the Eastern Roman Empire and its Cultural and Religious Effects", *Early Medieval Europe*, 24 /3:267–292

Meijer, C., Wouterse, B., Polder, J., Koopmanschap, M. (2013), "The Effect of Population Aging on Health Expenditure Growth: A Critical Review", *European Journal Of Ageing*, 10: 353-361.

Melberg, H. O. (2014), "Are Healthcare Expenditures Increasing Faster for the Elderly than the Rest of the Population?", *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 14/5: 581-583.

Menteşe, G. L. (2020), "Kara Vebanın Batı Ve Doğu Toplumlarına Etkisi", *Akdeniz Havzası ve Afrika Medeniyetleri Dergisi*, *2*/1: 78-87.

Mills, A. , Gilson, L. (1988), "Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit", *Health Economics and Financing Programme Working Paper*, 1/88:1-135.

Moore, M., Gould, P., Keary, B. S. (2003), "Global Urbanization and Impact on Health", *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 206/4-5: 269-278.583. https://doi.org/10.1586/14737167.2014.919857

Mossialos E., Wenzl M., (2017), "2016 -International Profiles of Health Care Systems." *London School of Economics and Political Science*, 123–130. http://www.commonwealthfund.org/publications/fundreports/2016/jan/international- Erişim Tarihi:12.11.2022

Mossialos, E., Dixon, A.(2002), "Funding Health Care: An Introduction", Mossialos, E., Dixon, A. Figueras, J., Kutzin, J. (Ed.), *Funding Health Care Options For Europe*, World Health Organization,4:1-18.

Moynihan, R., Sanders, S., Michaleff, Z. A., Scott, A. M., Clark, J., To, E. J., Albarqouni, L. (2021), "Impact Of COVID-19 Pandemic On Utilisation Of Healthcare Services: A Systematic Review", BMJ OPEN, 11/3:1-10. doi:10.1136/bmjopen-2020-045343 Erişim Tarihi:30.05.2021.

Murray, C. J., Frenk, J. (2000), "A Framework For Assessing The Performance Of Health Systems", *Bulletin Of The World Health Organization*, 78: 717-731.

Murray, C.J.L. , Govindaraj, R. , Musgrove, P. (1994), "Health Expenditures and Intervention Packages: A Global Overview", *Bulletin Of The World Health Organization*, 72/4: 623-637.

Musgrove, P.(2004), *Health Economics in Development, Human Development Network: Health, Nutrition, And Population Series*, Washington DC : The World Bank. Washington DC.

Musgrove, P., Zeramdini, R., Carrin, G. (2002), "Basic Patterns In National Health Expenditure", *Bulletin Of The World Health Organization*, 80:134-146.

Mushkin, S. J. (1958), "Toward a Definition of Health Economics", *Public Health Reports*, 73/9: 785-794.

Mutlu, A. , Işık, A.K. (2012), *Sağlık Ekonomisine Giriş* (3.Basım), Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları.

Mwabu, G. (2007), "Health Economics for Low-Income Countries", *Handbook of Development Economics*,4: 1-82.

Newbrander, W., Carrin, G., Touze, D. L. (1994), "Developing Countries' Health Expenditure Information: What Exists and What is Needed?", *Health Policy And Planning*, 9/4: 396-408. Erişim Tarihi: 10.10.2022. https://www.jstor.org/stable/45089163

Newhouse, J. P. (1977), "Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey", *The Journal Of Human Resources*, 12/1:115-125.

Nikiforuk A. (2018), *Mahşerin Dördüncü Atlısı, Salgın ve Bulaşıcı Hastalıklar Tarihi*, (7. Baskı), (Çev, Erkanlı, S.) İstanbul: İletişim Yayınları.

Nordenfelth, L. (1993), *Quality of Life*, Health and Happiness. Avebury.

Normand, C. , Busse, R. (2002), Social Health Insurance Financing. Mossials E.,Dixon, A., Kutzin, J., Figueras, J. (Ed.), *Funding Health Care: Options For Europe*,1:59-79.

OECD. https://stats.oecd.org/ (Erişim Tarihi: 15.03.2022)

O'Reilly, P., Perret, S., & Van Dender, K. (2020), "Tax and Fiscal Policy in Response to the Coronavirus Crisis: Strengthening Confidence and Resilience", *Intertax*, 736-742.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, Paris, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en. Erişim Tarihi:04.03.2021.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2020), Tax and fiscal policy in response to the Coronavirus crisis: Strengthening confidence and resilience, http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/tax-and-fiscal-policy-in-response-to-the-coronavirus-crisis-strengthening-confidence-and-resilience-60f640a8/Erişim Tarihi:15.05.2022.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2021a), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en Erişim Tarihi: 05.12.2022.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2021b), Tackling the Mental Health Impact of the Covıd-19 Crisis: An Integrated, Whole-Of-Socıety Response. https://doi.org/10.1787/0ccafa0b-en Erişim Tarihi:21.12.2022.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2022a), Health Spending (Indicator), doi: 10.1787/8643de7e-en Erişim Tarihi: 18.11.2022.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2022b), http://www.oecd.org/health/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2022.pdf Erişim Tarihi: 18.11.2022.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2023a), Elderly population (indicator). doi: 10.1787/8d805ea1-en Erişim Tarihi:08.11.2023.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2023b), Life Expectancy At Birth (Indicator). doi: 10.1787/27e0fc9d-en Erişim Tarihi: 08.11.2023

Organisation for Economic Co-operation and Development (2023c), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, Paris: OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en Erişim Tarihi: 08.11.2023

Organisation for Economic Co-operation and Development (2023d), Health Spending (Indicator). https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm Erişim Tarihi:12.10.2023

Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, World Health Organization (2017), A System Of Health Accounts 2011: Revised Edition, Paris: OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en Erişim Tarihi:14.04.2021.

Özdamar, K. (1999), Paket Programları İle İstatistiksel Veri Analizi 2 (Çok Değişkenli Analizler), (2. Baskı), İzmir: Kaan Kitabevi.

Özden, K., Özmat, M. (2014), "Salgın Ve Kent: 1347 Veba Salgınının Avrupa'da Sosyal, Politik Ve Ekonomik Sonuçları", *İdeal Kent, 5*/12: 60-87.

Özgen, H. (2007), "Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10/2: 201-228.

Özgen, H., Tatar, M. (2008), "Sağlık Hizmetleri Finansmanında İnformal Ödemeler", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11/1:103-132.

Özkan, O. (2021), "Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri", Aslan, H., Aslan Çetin, E., Top, M. (Ed.), *Sağlık Ekonomisi*, Ankara: Siyasal Kitabevi, 333-345.

Öztürk, N.(2004), "Piyasa Başarısızlıkları", *Öneri Dergisi*, 6/21:173-187.

Pakdaman, M., Geravandi, S., Askari, R., Askarishahi, M., Afzali, H. R. (2019), "The Effect of Macroeconomic Indicators on Healthcare Expenditure in Iran", *Journal of Education and Health Promotion*, 8/1: 1-6.

Parıldar, H., Dikici, M. F. (2020), "Pandemiler Tarihi", *Klinik Tıp Aile Hekimliği, 12*/1: 1-8.

Pektaş, A. O. (2013), SPSS ile Veri Madenciliği, İstanbul: Dikeyeksen Yayınları.

Phelps, C. (1997), *Health Economics*, Addison-Wesley Longman.

Porta, M. (2008), *Dictionary of Epidemiology*, Oxford.

Porta, M. (2014). *A dictionary of epidemiology*. Oxford University Press.

Raban, M. Z., Dandona, R., Dandona, L. (2013), "Variations in Catastrophic Health Expenditure Estimates from Household Surveys in India", Bulletin of the World Health Organization, 91:726-735.

Raleigh, V. S. (2019), "Trends in Life Expectancy in EU and Other OECD Countries. Why are Improvements Slowing?", *OECD Health Working Papers*, 108, 1-59.

Rathnayake, D. , Clarke,M., Jayasinghe, V. I. (2021), "Health System Performance and Health System Preparedness for the Post-Pandemic Impact Of COVID-19 : A Review", *International Journal of Healthcare Management*, 14/1: 250-254, DOI: 10.1080/20479700.2020.1836732

Reibling, N., Ariaans, M., Wendt, C. (2019), "Worlds of Healthcare: a Healthcare System Typology of OECD Countries", Health Policy, 123/7:611-620. doi:10.1016/j.healthpol.2019.05.001

Resmi Gazete (1961), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 10705/224.

Robinson, S.(2006), "Financing Healthcare: Funding Systems and Healthcare Costs", Walshe K. , Smith, J. (Ed.). *Health Care Management*, Open University Press. Erişim Tarihi: 10.11.2022. https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=iskvEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA54&dq=Robinson,+S.(2006),+Financing+Healthcare:+Funding+Systems+and+Healthcare+Costs.++Walshe+K.+,+Smith,+J.+(Ed.).+Health+Care+Management,+Open+University+Press.&ots=1A9bs9fSUR&sig=9V3-ykBbcxhsFCIdh48UtiC6VnM&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Rocard, E., Sillitti P., Llena-Nozal, A. (2021), "COVID-19 in Long-Term Care: Impact, Policy Responses and Challenges", *OECD Health Working Papers*,130. https://doi.org/10.1787/b966f837-en.

Roemer, M. I.(1982), "Market Failure and Health Care Policy", *Journal of Public Health Policy,* 3/4: 419-431.

Roosen, J. (2017), "Severity and Selectivity of the Black Death and Recurring Plague In The Southern Netherlands (1349-1450)", *TSEG-The Low Countries Journal of Social and Economic History*, *14*/4: 25-55.

Sağlık Bakanlığı. (2004), OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, *Refik Saydam Hıfzısıhha Merkez Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Yayın No: SB-HM-2004/08.Ankara*.

Samuelson, P. (1954), "The Pure Theory of Public Expenditure", *The Review of Economics and Statistics*, 36/4:387-389.

Santerre, R. E. , Neun, S.P.(2010), *Health Economics Theory, Insights and Industry Studies*, Mason, Ohio (USA): South-Western College Learning.

Schulz, R., ve Johnson, A. C. (2003), *Management Of Hospitals And Health Services: Strategic, Issues and Performance* , Beard Books.

Sel, A. (2020), "G20 Ülkelerinin Uzun Dönemli Sağlık Göstergeleri Kullanılarak Sınıflandırılması Ve Performanslarının Değerlendirilmesi", *Verimlilik Dergisi*, 3: 381-392. doi: 10.51551/verimlilik.738356

Sen, A. (2005), "Is Health Care a Luxury? New evidence from OECD Data", *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 5: 147-164.

Smith, R. B. (2005), "An Alternative Perspective on Information Asymmetry; Implications for Consumer Authority in Physician Services Markets", *Journal of Economics & Management Strategy,* 14/3: 665-699.

Stiglitz, J.E. (2000), *Economics of the Public Sector*, New York, London: W.W. Norton & Company: 3.

Susam, N.(2019), *Kamu Maliyesi Temel Kavram ve Esasları* (3. Baskı), İstanbul: Beta Yayınları.

Şahin, D., F. Temelli (2019), "OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Panel Veri Analizi", *Avrasya Uluslar arası Araştırmalar Dergisi*, 7/16: 946-961.

Şener, O.(2001), *Teori ve Uygulamada Kamu Ekonomisi* (7. Baskı), İstanbul: BETA Yayınevi.

T.C. Cumhurbaşkanlığı (2020) Ekonomik İstikrar Kalkanı Paketi 2020 https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/52c62ec4-2024-4337-8c53-633890ad02d2/Kutu_6_1_2020-2.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-52c62ec4-2024-4337-8c53-633890ad02d2-n7aayCC Erişim Tarihi: 17.05.2021

Tchouaket, É. N., Lamarche, P. A., Goulet, L., Contandriopoulos, A. P. (2012), "Health Care System Performance of 27 OECD Countries", The International Journal of Health Planning and Management, 27/2: 104-129. doi: 10.1002/hpm.1110

Tekin, A.(2021) "Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve ekonomik Sonuçları" *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,40,.330-335.

Tekin, B. (2020), "COVID-19 Pandemisi Döneminde Ülkelerin COVID-19 , Sağlık Ve Finansal Göstergeler Bağlamında Sınıflandırılması: Hiyerarşik Kümeleme Analizi", *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5/2: 336-349. doi: 10.29106/fesa.738322

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ,Mahmut Akbolat, M. (2014), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* (6. Basım), Ankara: Nobel Yayınevi.

Terris, M. (1992), "Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory", *Journal Of Public Health Policy*, 13/3:267-276.

Thomson, S. , Foubister, T. , Mossialos, E. (2009), "Financing Health Care in the European Union: Challenges And Policy Responses", *World Health Organization*: Regional Office for Europe.

Tıraş, H. H. (2013), "Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme", *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3/2: 125-152.

Tikhomirov E.(2011), "Epidemiology and Distribution of Plague. In : WHO. Plague Manual: Epidemiology", *Distribution, Surveillance and Control.* http://www.who.int/csr/resources/publications/plague/whocdscsredc992a.pdf, Erişim Tarihi: 10.11.2021.

Tiryaki, D. ,Tatar, M. (2000), "Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 5/4:123-138.

Tunç, A., Atıcı, F. Z. (2020) "Dünyada ve Türkiye'de Pandemilerle Mücadele: Risk Ve Kriz Yönetimi Bağlamında Bir Değerlendirme", *Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 5/2:329-362.

Türk, A., Bingül, B. A., Rengin, A. K. (2020), "Tarihsel Süreçte Yaşanan Pandemilerin Ekonomik ve Sosyal Etkileri", *Gaziantep University Journal of Social Sciences, 19(COVID-19 Special Issue),* 612-632.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (2021), *Kamuoyunun Dikkatine,* https://www.titck.gov.tr/haber/kamuoyunun-dikkatine-22122021142222, Erişim Tarihi: 11.03.2023.

Türkiye İstatistik Kurumu (2020), *Sağlık Harcama İstatistikleri 2009–2012*, 15871, http://www.tuik.gov.tr

Uğurluoğlu, E. , Özgen, H. (2008), "Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 11/2: 133-160.

Vammalle, C., Reyes, L. C. (2022), "Health Budgeting and Governance Responses to COVID-19 in Latin America and The Caribbean: Lessons for Improving Health Systems' Resilience", *OECD Journal on Budgeting,* 22/2:1-63. doi:10.1787/d62fa6ef-en

van Ginneken, E., Siciliani, L., Reed, S., Eriksen, A., Tille, F., Zapata, T. (2022), "Addressing Backlogs and Managing Waiting Lists During and Beyond the COVID-19 Pandemic.",*TEN*, 28/1:3540.

Van Olmen, J. , Criel, B. , Van Damme, W. , Marchal, B. , Van Belle, S. , Van Dormael, Kegels, G. (2010), "Analysing Health Systems To Make Them Stronger", *Studies In Health Services Organisation and Policy,* 27.

Velasco-Garrido, M., Busse, R.(2005), "Health Technology Assessment: An Introduction to Objectives, Role of Evidence, and Structure in Europe", *World Health Organization. Regional Office for Europe.* (No. WHO/EURO: 2005-611-40346-54035).

Wang, L., Chen, Y. (2021), "Determinants Of China's Health Expenditure Growth: Based On Baumol's Cost Disease Theory", *International Journal For Equity In Health,* 20/1: 1-11. https://doi.org/10.1186/s12939-021-01550-y

Watts, J.J. , Segal, L.(2009), "Market Failure, Policy Failure and Other Distortions in Chronic Disease Markets*", BMC Health Services Research*. 9/102: 2-6. doi:10.1186/1472-6963-9-102

Wendt, C. (2014), "Changing Healthcare System Types", *Social Policy & Administration*, 48/7: 864-882. doi: 10.1111/spol.12061

Wild, C., Gibis, I. (2003), "Evaulations of Health Interventions in Social Insurance Based Countries: Germany, The Netherlands and Austria", *Health Policy*, 63: 187-196.

William, C. H.(1995), "A Framework for Assessing Health Financing Strategies and the Role of Health Insurance", Dunlop, D. W., ve Martins, J. M.(Ed.), *An İnternational Assessment Of Health Care Financing: Lessons For Developing Countries*, World Bank Publications, 34:15-30.

Williams, A. (1987), "Health economics: the cheerful face of the dismal science?", Williams, A. (Ed.), *Health and Economics*, London: Palgrave Macmillan UK: 1-11.

Wiseman, V. (2011), " Key Concepts in Health Economics", Guinness, L. , Wiseman, V. (Ed.), *Introduction to Health Economics*, London: Open University Press, McGraw-Hill Education: 7-20.

Wonderling, D., Reinhold, G. , Black, N. (2005), *Introduction to Health Economics*, Newyork: McGrawHill Education.

Woolhandler,S., Terry Campbell, T. , Himmelstein, D. U. (2004), "Health Care Administration in the United States and Canada: Micromanagement", *Macro Costs, International Journal of Health Services*, 34/1: 65-78.

World Bank (2021) https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics/Series/SH.XPD.CHEX.GD.ZS Erişim Tarihi: 10.11.2022.

World Bank. https://data.worldbank.org/ (Erişim Tarihi: 15.03.2022)

World Health Organization (2022c), World Health Statistics, https://www.who.int/news/item/20-05-2022-world-health-statistics-2022 Erişim Tarihi: 06.05.2023

World Health Organization (2023a), Coronavirus (COVID-19) Dashboard https://covid19.who.int/?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAiAvdCrBhBREiwAX6-6Uus3jyIyfHsLiOrJ_lB4gfaKGJltPjVxB-pH7f5gMZxKz8rjFYiHvxoCfbEQAvD_BwE Erişim Tarihi: 9.12.2023.

World Health Organization (2023b), COVID-19 vaccine tracker and landscape, https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-COVID-19 -candidatevaccines, Erişim Tarihi: 11.03.2023.

World Health Organization (2000), The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. World Health Organization.

World Health Organization (2013), The Economics of Social Determinants of Health and Health Inequalities: A Resource Book, 3700. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/84213/9789241548625_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim Tarihi: 14.05.2022.

World Health Organization (2022b), https://apps.who.int/nha/database Erişim Tarihi:10.12.2022

World Health Organization (2022d), Global Health Expenditure Database. https://apps.who.int/nha/database, Erişim Tarihi:12.11.2023.

World Health Organization. https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics (Erişim Tarihi: 15.03.2022).

World Health Organization. (2022a), Global spending on health: rising to the pandemic's challenges. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365133/9789240064911-eng.pdf?sequence=1 Erişim Tarihi: 05.01.2023

World Health Organization https://data.who.int/dashboards/covid19/vaccines?n=c Erişim Tarihi: 05.10.2023

Worldometers (2024), https://www.worldometers.info/coronavirus/ Erişim Tarihi: 03.06.2024

Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., Murray, C. J. (2003), "Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis", *The Lancet*, 362/9378: 111-117.

Yardım, N., Gögen, S., Mollahaliloğlu, S. (2009), "Sağlığın Geliştirilmesi (Health Promotion): Dünyada ve Türkiye'de Mevcut Durum",*Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 72/1:29-35

Yardımcı, C. (2020), *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Harcamalarının Finansman*, Ankara:Ekin Basım Yayım Dağıtım.

Yaşar, Y. G., Aydın, C. J.(2020), "Sağlık Harcamalarının İncelenmesi: Temel Belirleyiciler ve Genel Görünüm", Ağırbaş, İ. (Ed.), *Sağlık Ekonomisi Ve Sağlık Kurumları Yönetiminde Temel Konular Prof. Dr. Ömer Rıfkı Önder'e Armağan*,(2. Baskı), Ankara: Siyasal Kitabevi.

Yenimahalleli Yaşar, G. (2007), Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yılmaz Akgül, G. (2020), *Kamu Maliyesi Teori ve Türkiye Uygulaması* (6. Baskı), İstanbul: Türkmen Kitapevi.

Yılmaz, A. G. , Ataer, M. Y. , Efe G. N. (2018), "Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmeti Memnuniyeti: İstanbul Örneği", *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 40/2:347-369.

Youngerman, B (2008), *Pandemic and Global Health*, New York, Infobase Publishing.

Zaman, S. B., Hossain, N., Mehta, V., Sharmin, S., Mahmood, S. A. I. (2017), An Association Of Total Health Expenditure With GDP And Life Expectancy", *Journal of Medical Research and Innovation*, 1/2:7-12.

Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z.,Cao, B., (2020), "Clinical Course And Risk Factors For Mortality Of Adult İnpatients With COVID-19 İn Wuhan, China: A Retrospective Cohort Study", The Lancet, 395/10229: 1054-1062. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.

Zuhal, M. (2021), "İskandinav Ülkelerinde Nüfusun Yaşlanmasının ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Tesadüfi Katsayılı Panel Veri Analizi", Kızılkaya, F., Dağ, M. (Ed.), *Sağlık Ekonomisinde Teorik ve Uygulamalı Çalışmalar*, Ankara: Gazi Kitapevi, 140-160.

Zweifel, P., Breyer, F., Kıfmann, M.(1997), *Health Economics*, Oxford University Press, Springer.

Zweifel, P., Felder, S., Meiers, M. (1999), "Ageing Of Population And Health Care Expenditure: A Red Herring?", *Health Economics*, 8/6: 485-496.

https://ghsindex.org/ Erişim Tarihi:11.11.2023

https://hdr.undp.org/data-center/documentation-and-downloads Erişim Tarihi:24.12.2023

https://ourworldindata.org/grapher/covid-containment-and-health-index Erişim Tarihi:24.12.2023

https://ourworldindata.org/grapher/democracy-index-eiu?tab=table, Erişim Tarihi:25.12.2023

https://www.heritage.org/index/explore Erişim Tarihi:25.12.2023

224 Sayılı Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirme Kanunu

7 Kasım 1982 tarih ve 2109 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası

Enfeksiyöz ajanlar - PowerPoint Sunusu Https://acikders.ankara.edu.tr. Erişim Tarihi:05.04.2022.

https://doktordanhaberler.com/elektif/ Erişim Tarihi:11.11.2023.

https://tr.wikipedia.org/wiki/Sanitasyon, Erişim Tarihi: 11.12.2022

https://tr.wikipedia.org/wiki/Yersinia_pestis Erişim Tarihi: 14.08.2022.